

DI CƯ, DỊCH CHUYỂN VÀ SỐT RÉT

Nghiên cứu về tính dễ bị tổn thương của người di cư với sốt rét và đặc điểm dịch tễ sốt rét kháng artemisinin tại tỉnh Bình Phước, Việt Nam



Những quan điểm thể hiện trong báo cáo này thuộc về nhóm tác giả và không nhất thiết phản ánh quan điểm của các Tổ chức tham gia thực hiện báo cáo.

Tên gọi và cách trình bày các nội dung trong báo cáo không phản ánh bất cứ quan điểm nào của các Tổ chức có liên quan về tình trạng pháp lý của bất cứ quốc gia, lãnh thổ, thành phố hay vùng địa lý nào, hoặc về quyền hạn, hoặc liên quan đến biên giới hoặc ranh giới lãnh thổ của quốc gia, lãnh thổ, thành phố hay vùng địa lý.

Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ tài chính của Quỹ Phát triển IOM và Tổ chức Y tế Thế giới.

© 2016 Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh

© 2016 Tổ chức Di cư Quốc tế (IOM)

© 2016 Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)

Tất cả quyền được bảo đảm. Không được tái sử dụng, lưu trữ, chuyển giao một phần hoặc toàn bộ báo cáo này dưới bất kỳ hình thức nào, qua công cụ điện tử, cơ, sao chép, thu âm hoặc bất cứ hình thức nào khác mà không được sự đồng ý trước bằng văn bản của các Tổ chức liên quan.

Bìa: Hình nền do Kjpgargetter - Freepik.com © KJPargeterimages thực hiện. Hình chụp do Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh thực hiện, 2015.

Di cư, Dịch chuyển và Sốt rét

Nghiên cứu về tính dễ bị tổn thương của người di cư
với sốt rét và đặc điểm dịch tễ sốt rét kháng artemisinin
tại tỉnh Bình Phước, Việt Nam



IOM Development Fund
DEVELOPING CAPACITIES IN MIGRATION MANAGEMENT



World Health
Organization

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thiết kế và thực hiện dưới sự giám sát và hướng dẫn của Phó Giáo sư – Tiến sĩ (PGS.TS.) Lê Thành Đồng, Viện trưởng Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh (Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM), Tiến sĩ (TS.) Gawrie N.L. Galappaththy, Trưởng nhóm Ứng phó Khẩn cấp với Sốt rét Kháng Artemisinin (ERAR) và các Bệnh Truyền nhiễm và Bệnh do Ký sinh trùng Khác thuộc Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam, và TS. Jobst Koehler, Trưởng Bộ phận Phát triển và Thực hiện Chương trình và Dự án thuộc Tổ chức Di cư Quốc tế (IOM) tại Việt Nam. Các chuyên gia trong nước trong lĩnh vực sốt rét hoặc nhân khẩu học xã hội, PGS.TS. Lê Xuân Hùng, TS. Nguyễn Thanh Liêm, TS. Vũ Mạnh Lợi đã hỗ trợ về kỹ thuật trong quá trình thu thập dữ liệu ở các giai đoạn khác nhau của dự án.

Dự án sẽ không thể thực hiện nếu không có sự đóng góp tận tâm của nhóm thực hiện khảo sát của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM, những người đã tiếp xúc và phỏng vấn một khối lượng lớn người di cư, di biến động tại nhiều địa điểm hẻo lánh, trong điều kiện đi lại khó khăn do địa hình rừng núi của tỉnh Bình Phước. Nghiên cứu cũng nhận được sự hỗ trợ rất lớn từ Sở Y tế tỉnh Bình Phước, Trung tâm Phòng chống Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng tỉnh Bình Phước và các đơn vị thuộc sở, ngành khác trong Tỉnh, các Trung tâm y tế của ba huyện Bù Đăng, Bù Gia Mập và Bù Đốp cũng như các Trạm y tế của sáu xã Bom Bo, Đăk Nhau, Bù Gia Mập, Đăk Ơ, Thiện Hưng và Phước Thiện. Trong danh sách dưới đây là tên của những người chính trực tiếp tham gia hỗ trợ hoặc thực hiện khảo sát, tuy nhiên còn rất nhiều người khác tại sáu xã kể trên đã hỗ trợ cho nhóm thực hiện khảo sát, cung cấp các kiến thức về địa phương, dẫn đường hoặc phiên dịch.

Tiến sĩ Vũ Mạnh Lợi phân tích dữ liệu và viết báo cáo ban đầu. Trần Thị Ngọc Thư, Điều phối viên Dự án của IOM và Nina Allen viết báo cáo hoàn chỉnh. Tamsin Fernandez-Cox (IOM) biên tập nội dung và ngôn ngữ cho báo cáo. Bùi Hữu Mạnh tập huấn kỹ thuật sử dụng thiết bị Hệ thống Định vị Toàn cầu (GPS) cho nhóm thực hiện khảo sát, hỗ trợ thu thập, nhập và xử lý dữ liệu GPS.

Cuối cùng, nhóm biên tập nhận được sự hỗ trợ trong việc thẩm định và đóng góp ý kiến cho báo cáo từ các chuyên gia của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM, WHO và IOM, bao gồm PGS.TS. Lê Thành Đồng (Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM), TS. Gawrie N.L. Galappaththy, TS. Trần Công Đại, Đào Hoàng Bách (WHO), TS. Jobst Koehler, TS. Montira Inkochasan (IOM), và Trưởng phái đoàn IOM tại Việt Nam, David Knight.

Bản dịch tiếng Việt do Bùi Nguyệt Anh và Nguyễn Thị Hương Mỹ thực hiện, Trần Thị Ngọc Thư và Nguyễn Thùy Linh hiệu đính.

Danh sách các cá nhân tham gia hỗ trợ hoặc thực hiện khảo sát

No	Họ tên	Cơ quan tổ chức
1.	TS. Phùng Đức Truyền	Phó Viện trưởng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
2.	Cử nhân (CN) Trần Nguyên Hùng	Trưởng khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
3.	CN Trần Thị Kim Hoa	Phó Trưởng khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
4.	Thạc sĩ (ThS) Đoàn Bình Minh	Phó Trưởng khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
5.	CN Lê Tấn Kiệt	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
6.	CN Phan Văn Ý	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
7.	CN Nguyễn Thị Băng Thanh	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
8.	CN Mai Đình Thắng	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
9.	CN Đỗ Quốc Hoa	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
10.	Kỹ thuật viên (KTV) Phạm Thị Nhung	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
11.	KTV Huỳnh Mạnh Hùng	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
12.	KTV Nguyễn Văn Phúc	Khoa Côn trùng Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
13.	ThS Nguyễn Thị Hồng Ân	Phó trưởng phòng Truyền thông – Công nghệ Thông tin (TT – CNTT) Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
14.	CN Hồng Thiên Anh	Phòng TT - CNTT Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
15.	ThS Nguyễn Thị Hồng Mến	Phòng TT - CNTT Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
16.	CN Mai Quý Danh	Phòng TT - CNTT Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
17.	KTV Nguyễn Văn Tới	Phòng TT - CNTT Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM
18.	BS. Bùi Văn Quân	Giám đốc Trung tâm Phòng chống Sốt rét – Kí sinh trùng – Côn trùng (PCSR - KST - CT) tỉnh Bình Phước
19.	BS. Tống Văn Khánh	Trung tâm PCSR - KST - CT tỉnh Bình Phước
20.	ThS Vũ Văn Hiệp	Trung tâm PCSR - KST - CT tỉnh Bình Phước
21.	BS. Võ Quang Tiến	Trung tâm PCSR - KST - CT tỉnh Bình Phước
22.	BS. Lê Hữu Hòa	Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Bù Đăng
23.	Bà Nguyễn Thị Lạc	Trung tâm Y tế huyện Bù Đăng
24.	BS. Lại Kỳ Nam	Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Bù Gia Mập
25.	BS. Mai Văn Triều	Trung tâm Y tế huyện Bù Gia Mập
26.	KTV Đỗ Công Dự	Trung tâm Y tế huyện Bù Gia Mập
27.	BS. Phạm Văn Tiến	Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Bù Đốp
28.	Ông Đoàn Trường Sanh	Trung tâm Y tế huyện Bù Đốp
29.	BS. Trần Duy Thao	Trưởng trạm Trạm Y tế xã Đăk Nhau
30.	Bà Điểu Thị Hương	Phó trưởng trạm Trạm Y tế xã Đăk Nhau
31.	Bà Nguyễn Xuân Hương	Trạm Y tế xã Đăk Nhau
32.	Bà Điểu Thị Hoài	Trạm Y tế xã Đăk Nhau
33.	Ông Đặng Văn Công	Trạm Y tế xã Đăk Nhau
34.	Bà Ngô Thị Hằng	Trạm Y tế xã Đăk Nhau
35.	Ông Nguyễn Xuân Phước	Trưởng trạm Trạm Y tế xã Bom Bo
36.	Ông Phạm Ngọc Thành	Phó trưởng trạm Trạm Y tế xã Bom Bo
37.	Bà Hoàng Thị Lý	Trạm Y tế xã Bom Bo
38.	Ông Linh Quang Tuấn	Trạm Y tế xã Bom Bo
39.	Bà Lê Thị Kim Ngọc	Trạm Y tế xã Bom Bo

40.	Bà Đỗ Thị Tuyết	Trạm Y tế xã Bom Bo
41.	Bà Nông Thị Lê	Trạm Y tế xã Bom Bo
42.	BS. Vũ Ngọc Tám	Trưởng trạm Trạm Y tế xã Bù Gia Mập
43.	Y sĩ (YS) Ngô Nhơn	Phó trưởng trạm Trạm Y tế xã Bù Gia Mập
44.	Bà Trần Thị Thủy	Trạm Y tế xã Bù Gia Mập
45.	Ông Trịnh Minh Hải	Trạm Y tế xã Bù Gia Mập
46.	Ông Thân Văn Vương	Trạm Y tế xã Bù Gia Mập
47.	BS. Trần Văn Nhân	Trưởng trạm Trạm Y tế xã Đăk Ô
48.	Y tá (YT) Phan Văn Hữu	Trạm Y tế xã Đăk Ô
49.	Ông Lê Thanh Tùng	Trạm Y tế xã Đăk Ô
50.	Ông Nguyễn Mậu Tấn Liêu	Trạm Y tế xã Đăk Ô
51.	Ông Nguyễn Văn Tính	Trạm Y tế xã Đăk Ô
52.	BS. Nguyễn Đức Linh	Phó trưởng trạm Trạm Y tế xã Thiện Hưng
53.	Ông Cấn Công Quyết	Trạm Y tế xã Thiện Hưng
54.	Bà Trần Thị Hà Tiên	Trạm Y tế xã Thiện Hưng
55.	Bà Đào Thị Sửu	Trạm Y tế xã Thiện Hưng
56.	Ông Lương Thanh Xuân	Trạm Y tế xã Thiện Hưng
57.	Ông Phạm Tấn Đạt	Trạm Y tế xã Thiện Hưng
58.	Bà Nguyễn Thị Long	Trạm Y tế xã Thiện Hưng
59.	Bà Hoàng Thị Huệ	Trạm Y tế xã Thiện Hưng
60.	Ông Dương Văn Dục	Trưởng trạm Trạm Y tế xã Phước Thiện
61.	Bà Nguyễn Thị Lệ Chi	Phó trưởng trạm Trạm Y tế xã Phước Thiện
62.	Bà Lưu Thị Thanh	Trạm Y tế xã Phước Thiện
63.	Bà Nguyễn Thị Cúc	Trạm Y tế xã Phước Thiện
64.	Bà Nguyễn Thị Thuần	Trạm Y tế xã Phước Thiện
65.	Bà Nguyễn Thị Hường	Trạm Y tế xã Phước Thiện
66.	Bà Nguyễn Thị Đĩa	Trạm Y tế xã Phước Thiện
67.	Bà Nguyễn Đặng Minh Thảo	Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ
68.	Ông Lê Đức Thắng	Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ

MỤC LỤC

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT	vi
DANH MỤC BIỂU ĐỒ.....	vii
DANH MỤC BẢNG	viii
DANH MỤC BẢN ĐỒ	ix
BÁO CÁO TÓM TẮT.....	1
1. Đặt vấn đề	6
1.1. Kiểm soát và loại trừ sốt rét: tầm quan trọng của việc tập trung vào nhóm dân di cư, di biến động	6
1.2. Di cư, dịch chuyển và sốt rét tại Việt Nam	7
1.2.1. Tình hình sốt rét.....	7
1.2.2. Di cư, dịch chuyển và sốt rét	8
1.3. Di cư và sốt rét tại tỉnh Bình Phước.....	11
1.4. Lý do thực hiện và mục tiêu của nghiên cứu	13
1.5. Phương pháp nghiên cứu	14
1.5.1. Thiết kế nghiên cứu.....	14
1.5.2. Phương pháp lấy mẫu.....	14
1.5.3. Ghi chú về khái niệm các nhóm dân di cư, di biến động.....	16
1.5.4. Phương pháp khảo sát, nhập và kiểm tra dữ liệu và một số yếu tố đạo đức trong nghiên cứu	17
1.5.5. Một số hạn chế.....	17
2. Kết quả	19
2.1. Các phát hiện từ khảo sát KAP ở sáu xã	19
2.1.1. Phân bố địa lý và đặc điểm kinh tế xã hội của người được phỏng vấn	19
2.1.2. Nơi xuất cư và mức độ liên hệ với nơi xuất cư.....	23
2.1.3. Mức độ tiếp cận dịch vụ và thông tin.....	25
2.1.3.1. Tiếp cận các dịch vụ về y tế.....	25
2.1.3.2. Tiếp cận các dịch vụ phòng chống sốt rét: màn chống muỗi và phun thuốc diệt muỗi tồn lưu	26
2.1.3.3. Tiếp cận thông tin về sốt rét	28
2.1.4. Kiến thức về bệnh sốt rét.....	31
2.1.5. Thực hành phòng chống bệnh sốt rét	37
2.1.6. Thói quen chăm sóc sức khỏe và điều trị	40
2.1.7. Các yếu tố khác ảnh hưởng đến tính dễ bị tổn thương	41
2.1.7.1. Khoảng cách tới khu vực rừng, biên giới và tuổi	42
2.1.7.2. Loại nhà ở.....	45
2.2. Các phát hiện từ nghiên cứu sâu tại xã Đắk Ô.....	46
2.2.1. Phân bố địa lý và đặc điểm kinh tế xã hội của người được phỏng vấn	46
2.2.2. Di chuyển trong và ngoài xã Đắk Ô.....	50
2.2.3. Đăng ký cư trú và mức độ tiếp cận dịch vụ	54
2.2.4. Tỷ lệ mắc bệnh sốt rét và mối liên quan đến các yếu tố khác.....	56

3. Kết luận và khuyến nghị	61
3.1. Kết luận.....	61
3.1.1. Các khuôn mẫu di cư, di biến động	61
3.1.2. Tính dễ bị tổn thương với sốt rét	61
3.1.3. Các hàm ý trong xây dựng chương trình phòng chống sốt rét và tiếp cận cộng đồng	62
3.2. Khuyến nghị.....	64
3.2.1. Khuyến nghị về chính sách	64
3.2.2. Khuyến nghị về nghiên cứu	65
4. Tài liệu tham khảo.....	66

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

ACT	Điều trị kết hợp với artemisinin
AVIL	Hiệp hội các nhà đầu tư Việt Nam tại Lào
CTQG PCSR	Chương trình Quốc gia Phòng chống Sốt rét
GPS	Hệ thống định vị toàn cầu
GSO	Tổng cục Thống kê
ILO	Tổ chức Lao động Quốc tế
IOM	Tổ chức Di cư Quốc tế
KAP	Kiến thức, thái độ và thực hành
MOLISA	Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
UN DESA	Ủy ban các vấn đề Kinh tế - Xã hội Liên hợp quốc
Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM	Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1: Số ca nhập viện và tử vong do sốt rét tại Việt Nam	7
Biểu đồ 2: Bệnh nhân sốt rét ở ba xã thuộc tỉnh Bình Phước (theo tháng và năm).....	12
Biểu đồ 3: Nguyên quán – nơi sinh và nơi sống trước đây	23
Biểu đồ 4: Khoảng cách tới cơ sở y tế gần nhất.....	25
Biểu đồ 5: Số người được hỏi cho biết nơi họ sống có y tế thôn bản, phân theo dân tộc	26
Biểu đồ 6: Nguồn màn chống muỗi theo tình trạng di cư và giới tính (N=1989).....	26
Biểu đồ 7: Tỷ lệ người trả lời đã từng nghe về bệnh sốt rét theo giới, học vấn và dân tộc	28
Biểu đồ 8: Sau khi mắc sốt rét bao lâu bạn mới đi điều trị? – theo giới và dân tộc (N=539).....	41
Biểu đồ 9: Tỷ lệ bệnh nhân sốt rét dùng thuốc đủ liều theo giới và dân tộc (N=529).....	42
Biểu đồ 10: Tỷ lệ người được hỏi thường xuyên vào rừng và các khu vực biên giới, theo giới và tình trạng di cư....	43
Biểu đồ 11: Kết cấu nhà ở (N=1962).....	46
Biểu đồ 12: Vị trí của nhà chính và nhà thứ hai	50
Biểu đồ 13: Tỷ lệ người được phỏng vấn sống cùng ít nhất một thành viên trong gia đình ở nhà thứ hai (N=240)	51
Biểu đồ 14: Kết cấu nhà chính và nhà thứ hai theo tình trạng di cư (N=299).....	51
Biểu đồ 15: Tỷ lệ người được phỏng vấn từng làm việc trong rừng trong 12 tháng trước khảo sát theo tình trạng di cư và dân tộc (N=298)	54
Biểu đồ 16: Tỷ lệ người được phỏng vấn từng làm việc trong rừng trong 12 tháng trước khảo sát theo tình trạng di cư và giới tính (N=298)	54
Biểu đồ 17: Tỷ lệ người được phỏng vấn nhận được màn tẩm thuốc miễn phí theo tình trạng cư trú (% trên tổng số người có đăng ký trong từng loại cư trú) (N=291).....	55
Biểu đồ 18: Tỷ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo nhóm tuổi và giới	56
Biểu đồ 19: Tỷ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo dân tộc và giới	57
Biểu đồ 20: Tỷ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo môi trường làm việc và tình trạng di cư (N=296)	58
Biểu đồ 21: Tỷ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo thời gian sống trong rừng (N=298).....	58

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1:	Hiệu quả điều trị bằng artemisinin tại Việt Nam – Hiện tượng làm sạch ký sinh trùng chậm ngày D3 (%)	7
Bảng 2:	Phân bố đối tượng được phỏng vấn tại sáu xã.....	15
Bảng 3:	Đặc điểm của các đối tượng được phỏng vấn trong khảo sát KAP (toàn bộ mẫu) (%).....	20
Bảng 4:	Phân tích hồi quy đa biến: Những người đã từng nghe về bệnh sốt rét.....	29
Bảng 5:	Nguồn thông tin về bệnh sốt rét trong số những người đã từng nghe về bệnh sốt rét (N=1840) (%) (có thể lựa chọn nhiều phương án).....	30
Bảng 6:	Tỉ lệ người trả lời đã từng nghe về bệnh sốt rét và nắm được các kiến thức cơ bản về sốt rét ..	32
Bảng 7:	Phân tích hồi quy đa biến: Hiểu biết về bệnh sốt rét.....	33
Bảng 8:	Hiểu biết về các biện pháp phòng ngừa sốt rét trong số những người biết sốt rét có thể phòng tránh, theo tình trạng di cư và theo giới (N=1597) (%) (có thể lựa chọn nhiều phương án)	35
Bảng 9:	Các thực hành phòng chống sốt rét của người được phỏng vấn, theo tình trạng di cư và theo giới (%) (có thể lựa chọn nhiều phương án).....	38
Bảng 10:	Nghiên cứu sâu: Tỉ lệ người được hỏi sử dụng các phương pháp phòng bệnh sốt rét khi ngủ trong rừng (N=131) (%) (có thể chọn nhiều phương án)	38
Bảng 11:	Những người có màn và sử dụng màn chống muỗi theo tình trạng di cư và giới (%).....	39
Bảng 12:	Nơi điều trị theo dân tộc (N=539) (%).....	41
Bảng 13:	Phân tích hồi quy đa biến: Người được hỏi thường xuyên vào rừng hoặc các khu vực biên giới	44
Bảng 14:	Khoảng cách từ nhà đến rừng hoặc sông, suối gần nhất (%)	45
Bảng 15:	Đặc điểm của các đối tượng được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu (toàn bộ mẫu) (%).....	47
Bảng 16:	Địa bàn làm việc chính trong 12 tháng trước khảo sát theo giới và tình trạng di cư (%).....	52
Bảng 17:	Địa bàn làm việc chính trong 12 tháng trước khảo sát theo tình trạng di cư và dân tộc (%).....	52
Bảng 18:	Đăng ký cư trú của người được phỏng vấn theo tình trạng di cư (%)	55
Bảng 19:	Phân tích hồi quy đa biến: Tỉ lệ mắc sốt rét 2010–2015	60

DANH MỤC BẢN ĐỒ

Bản đồ 1: Các vùng có sốt rét lưu hành và tình hình di cư tại Việt Nam	9
Bản đồ 2: Các vùng có sốt rét lưu hành và người Việt Nam làm ăn sinh sống tại các nước trên thế giới...10	
Bản đồ 3: Tỉnh Bình Phước (bao gồm sáu xã tham gia khảo sát KAP).....	11
Bản đồ 4: Phân bố của đối tượng nghiên cứu trong khảo sát KAP theo khu vực địa lý và tình trạng di cư	21
Bản đồ 5: Phân bố của đối tượng nghiên cứu trong khảo sát KAP theo dân tộc	22
Bản đồ 6: Các tỉnh tại Việt Nam với tỉ lệ lưu hành sốt rét và luồng di cư đến tỉnh Bình Phước.....	24
Bản đồ 7: Phân bố địa lý của người được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu theo tình trạng di cư.....	48
Bản đồ 8: Phân bố địa lý của người được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu theo dân tộc	49
Bản đồ 9: Di chuyển đến nơi làm việc hiện tại/trước đây theo tình trạng di cư.....	53
Bản đồ 10: Phân bố địa lý của người được phỏng vấn từng mắc sốt rét trong thời gian 2010-2015 theo dân tộc.....	57
Bản đồ 11: Di chuyển đến nơi làm việc hiện tại/trước đây trong nhóm mắc và không mắc sốt rét.....	59

TÓM TẮT BÁO CÁO

Năm 2015 tại Việt Nam, ước tính có khoảng 11,7 triệu người (xấp xỉ 12,6% dân số) sống tại các vùng dịch sốt rét. Trong những thập kỷ gần đây đã có những tiến bộ đáng kể trong việc giảm sốt rét trên phạm vi toàn quốc. Những nỗ lực của Chính Phủ và của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã góp phần giảm tỉ lệ sốt rét và tỉ lệ tử vong do sốt rét. Chiến lược Quốc gia Phòng chống và Loại trừ Bệnh Sốt rét ở Việt Nam Giai đoạn 2011–2020 nhằm mục tiêu phát huy những kết quả đạt được, xây dựng các biện pháp kiểm soát, điều trị và phân phối màn tẩm hóa chất diệt muỗi tồn lưu (LLINs). Tuy nhiên có một số vấn đề đáng lo ngại nổi lên: số liệu cho thấy tiến bộ trong việc giảm tỉ lệ mắc và tử vong do sốt rét trong năm 2013 và 2014 có khuynh hướng chững lại hoặc chậm lại, cùng với xu hướng gia tăng kháng thuốc artemisinin.

Các chính sách và chương trình kiểm soát và loại trừ sốt rét gần đây, cả trên phạm vi quốc gia và toàn cầu đều nhấn mạnh đến mối tương quan giữa các nhóm dân di cư, di biến động và tính dễ bị tổn thương với sốt rét. Người dân di cư, di biến động thường ‘khó tiếp cận’ hoặc ‘ẩn’ – do vị trí địa lý, điều kiện sống và/hoặc tình trạng pháp lý của họ – điều này thường xuyên dẫn đến việc họ bị gạt ra ngoài lề và không được tiếp cận các dịch vụ y tế và dự phòng sốt rét đầy đủ. Một số người dân di cư còn có thể dễ bị tổn thương bởi điều kiện kinh tế xã hội của họ, khả năng phòng chống dịch bệnh kém, tình trạng sức khỏe (ví dụ: suy dinh dưỡng), nhận thức kém, rào cản ngôn ngữ và học vấn, thiếu thông tin, các rào cản do hệ thống y tế và các chính sách di cư gây ra. Thêm vào đó, việc người dân di chuyển từ các khu vực có nguy cơ lây nhiễm cao có thể làm lây lan bệnh sốt rét và có thể làm cho căn bệnh này tái phát tại các khu vực có nguy cơ lây nhiễm thấp hoặc các khu vực đã xóa bỏ được sốt rét, làm cho cả những người di cư và người dân sống tại các cộng đồng tại nơi đi và nơi đến phải chịu rủi ro. Việc di chuyển trong nước và qua biên giới giữa các khu vực có dịch sốt rét cũng tạo ra nguy cơ đáng kể về kháng thuốc artemisinin và các thuốc khác được sử dụng trong phương pháp điều trị kết hợp với artemisinin (ACT).

Mặc dù các bên liên quan ngày càng ý thức về tầm quan trọng của việc đưa các nhóm dân di cư, di biến động vào chiến lược phòng chống sốt rét, hiện có rất ít nghiên cứu phân tích mối liên hệ giữa di biến động dân và sốt rét. Cụ thể tại Việt Nam, không chỉ thiếu các nghiên cứu hành vi về mối quan hệ giữa di cư và sốt rét mà các báo cáo thường kỳ của chương trình phòng chống sốt rét cũng chưa thu thập được số liệu chi tiết liên quan đến tình trạng di cư. Các số liệu hiện có về tỉ lệ nhiễm sốt rét trong nhóm người di cư đều ở qui mô nhỏ hoặc riêng lẻ. Do đó, cần có thêm bằng chứng để tạo nên một bức tranh tổng thể, phân tích đầy đủ về mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét ở các nhóm dân di cư, di biến động và các vấn đề liên quan, nhằm cải thiện sự hỗ trợ cho người di cư.

Trong bối cảnh đó, Tổ chức Di cư Quốc tế (IOM) và WHO đã hỗ trợ Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh (Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM) triển khai một nghiên cứu về di cư và sốt rét. Nghiên cứu này nhằm cung cấp thêm các số liệu và phân tích về con người và các yếu tố liên quan: phơi nhiễm với sốt rét, dự phòng sốt rét, lây lan của sốt rét kháng thuốc trong điều trị. Nghiên cứu nhằm trả lời các câu hỏi chính như sau:

- i) Dân di cư, di biến động tại tỉnh Bình Phước là những ai? Họ di chuyển từ đâu đến đâu? Họ ở lại tỉnh Bình Phước bao lâu? Họ làm gì ở đó? Họ sống tại khu vực nào trong tỉnh? Có thể phân loại các nhóm dân này như thế nào?
- ii) Người dân di cư, di biến động dễ bị tổn thương với sốt rét hơn so với người dân tại chỗ như thế nào và tại sao?

Tỉnh Bình Phước được chọn là địa điểm nghiên cứu vì có số lượng dân di cư, di biến động cũng như tỉ lệ lây nhiễm sốt rét cao. Đặc biệt tại khu vực này cũng như các khu vực khác trong khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng, người di cư có thể dễ bị tổn thương hơn do tính chất di cư theo mùa vụ và không chính thức. Ngoài ra, sốt rét kháng artemisinin tại Việt Nam cũng được ghi nhận lần đầu năm 2009 tại tỉnh Bình Phước và đang có khuynh hướng gia tăng.

Nghiên cứu được thực hiện làm hai giai đoạn. Trong giai đoạn đầu, Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM tiến hành một nghiên cứu trên qui mô lớn tại hộ gia đình, khảo sát về Kiến thức, thái độ và thực hành (KAP), dưới

sự hướng dẫn của một chuyên gia về dịch tễ học và với sự hỗ trợ của WHO, từ tháng 12/2014 đến tháng 3/2015. Khảo sát được tiến hành trong các nhóm dân di cư, di biến động tại sáu xã (ba huyện) của tỉnh Bình Phước: Bom Bo và Đăk Nheu (huyện Bù Đăng), Bù Gia Mập và Đăk O (huyện Bù Gia Mập) và Thiện Hưng và Phước Thiện (huyện Bù Đốp). Trong quá trình phân tích dữ liệu khảo sát KAP, một số khó khăn xuất hiện, bao gồm việc phân loại các nhóm dân di cư, di biến động và việc tìm hiểu xem các nhóm dân di cư, di biến động dễ bị tổn thương với sốt rét hơn người dân tại chỗ như thế nào. Để giải quyết các khó khăn này, giai đoạn hai của dự án tập trung vào nghiên cứu sâu ở quy mô nhỏ hơn. Đợt khảo sát này do một chuyên gia về nhân khẩu học xã hội hướng dẫn, với sự hỗ trợ của IOM, thực hiện tại xã Đăk O vào tháng 8/2015. Nhằm đưa ra được các đặc tính, khuôn mẫu cũng như phân tích so sánh, mẫu được chia thành bốn nhóm dựa trên thời gian sống liên tục tại xã của người được hỏi: nhóm di biến động (sống dưới 6 tháng); nhóm di cư ngắn hạn (từ 6–12 tháng); nhóm di cư dài hạn (1–5 năm) và nhóm dân tại chỗ (hơn 5 năm).

Có một số thách thức mà nghiên cứu vẫn chưa giải quyết được. Hai thách thức lớn nhất là (i) thiếu các số liệu đáng tin cậy về nhóm dân di cư, di biến động do họ di chuyển trong thời gian ngắn và thường không đăng ký, nhiều người trong số họ sinh sống/làm việc ở các khu vực khó tiếp cận và (ii) khó khăn trong việc định nghĩa và phân loại nghề nghiệp liên quan đến nguy cơ sốt rét, do sự phức tạp về các hình thức sinh kế của dân di cư tại khu vực nghiên cứu. Do đó, nghiên cứu không thể lấy được nhóm mẫu mang tính đại diện cho các nhóm dân di cư, di biến động tại tỉnh Bình Phước. Ngoài ra, nghiên cứu cũng không đưa ra được một phương pháp định nghĩa và phân loại sinh kế phù hợp, trong mối liên quan với nguy cơ mắc sốt rét, để phục vụ việc phân tích số liệu.

Kết luận

Kết quả của cả hai khảo sát đóng góp cho sự hiểu biết sâu sắc hơn về các dòng di cư khác nhau, các khuôn mẫu di cư, di biến động và mối quan hệ với phòng chống sốt rét tại tỉnh Bình Phước. Các số liệu cho thấy một số yếu tố cụ thể làm cho các nhóm dân di cư, di biến động khác nhau dễ bị tổn thương hơn với bệnh sốt rét so với người dân tại chỗ. Hai khảo sát cũng chỉ ra rằng việc xây dựng chương trình phòng chống sốt rét hướng đến người di cư là cần thiết nhằm bảo đảm các hoạt động kiểm soát sốt rét có hiệu quả với các nhóm này.

Các khuôn mẫu di biến động

Bình Phước là tỉnh có các khuôn mẫu di biến động phức tạp, trong đó hiện tượng di biến động trên khoảng cách xa (ví dụ người di cư đến từ các tỉnh khác) chỉ là một phần của bức tranh toàn cảnh. Cả nhóm dân di cư, di biến động và dân tại chỗ đều có xu hướng dịch chuyển trong khoảng cách ngắn hơn, ví dụ trong phạm vi một xã. Quả thật, phần lớn người được hỏi có nơi sinh sống thứ hai gần với nơi họ làm việc và ngủ tại đó (mặc dù tỉ lệ này thấp hơn ở nhóm dân tại chỗ). Thông thường, nơi sinh sống thứ hai là ở trên rẫy hoặc trong rừng, do đó làm gia tăng tính dễ bị tổn thương với sốt rét, đặc biệt khi họ không mang theo màn chống muỗi. Ngoài dịch chuyển với khoảng cách ngắn nói trên, cả người di cư, di biến động và dân tại chỗ trong nghiên cứu sâu thường xuyên đi sang các nơi khác trong tỉnh và sang các tỉnh khác, thậm chí sang Campuchia để tìm việc theo mùa vụ.

Mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét

Nghiên cứu xác định được một số yếu tố ảnh hưởng tới mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét, những yếu tố này thường xuất hiện nhiều hơn ở nhóm các dân di cư, di biến động so với dân tại chỗ (và thường cả người di cư dài hạn). Một rào cản lớn cho người di cư ngắn hạn và di biến động là khả năng tiếp cận với các dịch vụ xã hội và dịch vụ công - bao gồm dự phòng và điều trị sốt rét – còn thấp, bởi lý do nhiều người trong số họ không đăng ký cư trú tại xã nơi họ sinh sống. Các phát hiện khác bao gồm:

- Tiếp cận với các thông tin và dịch vụ về sốt rét:
Khả năng người di cư ngắn hạn và di biến động đã từng nghe về bệnh sốt rét chỉ bằng một phần ba so với người dân tại chỗ. Họ cũng có xu hướng sống xa các trạm y tế và ít nhận được màn tẩm hóa chất diệt muỗi hơn.

- **Hiểu biết:**
Nhóm di cư ngắn hạn có hiểu biết về bệnh sốt rét thấp hơn nhiều so với các nhóm khác.
- **Thói quen chăm sóc sức khỏe:**
Khi nhiễm sốt rét nhóm di cư ngắn hạn chờ lâu hơn nhóm di cư dài hạn trước khi bắt đầu đi điều trị.
- **Phơi nhiễm:**
Nhóm di cư ngắn hạn và di biến động sống trong những ngôi nhà đơn sơ và nhà tạm nhiều hơn nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ, và họ ngủ trên rẫy hoặc trong rừng nhiều hơn. Nhóm di biến động, di cư ngắn hạn và dài hạn có xu hướng sống gần rừng hơn, trong khi nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ sống gần suối hơn

Các yếu tố khác ảnh hưởng tới khả năng dễ bị tổn thương với sốt rét

Nghiên cứu cũng nêu ra những yếu tố có tác động tới tính dễ bị tổn thương với sốt rét, độc lập với tình trạng di cư. Các yếu tố này bao gồm học vấn, dân tộc, giới tính, tình trạng hôn nhân, tuổi và thu nhập.

Các bằng chứng định tính của nghiên cứu sâu chỉ ra một số nguy cơ đặc biệt ở một số nhóm dân, các nhóm này có nguy cơ phơi nhiễm sốt rét cao trong những lúc muỗi Anophen hoạt động nhiều nhất. Nhóm này bao gồm những người sống trong khu vực khan hiếm nước, do đó phải tắm ở suối vào buổi tối hoặc ban đêm (đặc biệt là phụ nữ, họ không thể tắm ban ngày) và người làm sắn¹ bắt đầu làm việc từ sáng sớm hoặc làm tới đêm. Với những người này, màn chống muỗi hoặc các biện pháp bảo vệ khác (như gài nhang muỗi lên mũ) không có tác dụng.

Các hàm ý trong xây dựng chương trình phòng chống sốt rét và tiếp cận cộng đồng

Kết quả nghiên cứu đưa ra một số hàm ý về xây dựng chương trình sốt rét và tiếp cận cộng đồng, đặc biệt trong các lĩnh vực sau:

- **Tiếp cận thông tin về sốt rét**

Những người được hỏi đã tiếp cận với ba hoặc hơn ba nguồn thông tin khác nhau có hiểu biết về sốt rét tốt hơn những người tiếp cận ít nguồn hơn. Cán bộ y tế thôn bản là một trong những nguồn thông tin hiệu quả nhất, bên cạnh tivi, đài, thành viên gia đình và hàng xóm. Những người sống tại những nơi có cán bộ y tế thôn bản được nghe thông tin về sốt rét nhiều hơn gấp sáu lần so với những người còn lại. Tuy nhiên dường như cán bộ y tế thôn bản không tiếp cận được hết với các nhóm dân: họ dường như tiếp cận hiệu quả nhất với nhóm di cư dài hạn. Đây có thể là kết quả của sự hiện diện của cán bộ y tế tại thôn bản hoặc nhận thức của người dân về sự hiện diện đó. Thời gian tổ chức các hoạt động nâng cao nhận thức là một yếu tố cần cân nhắc khác. Một số người trả lời nói rằng các hoạt động này thường được tổ chức vào tháng 10 hoặc tháng 4 khi người di cư theo thời vụ đến với số lượng lớn. Tuy nhiên, đây cũng là khoảng thời gian bận rộn nhất cho người lao động, đặc biệt là lao động thời vụ, họ thường tập trung vào làm việc và kiếm tiền và thường không chú ý tới các can thiệp y tế công cộng.

- **Tiếp cận và sử dụng màn chống muỗi**

Màn chống muỗi rõ ràng là biện pháp dự phòng cơ bản tại tỉnh Bình Phước do chi phí thấp. Hầu hết người được hỏi đều trả lời có ít nhất một màn chống muỗi tại nhà và phần lớn sử dụng màn chống muỗi. Một tỉ lệ đáng kể người được hỏi – bao gồm gần một nửa người di cư dài hạn và dân tại chỗ – đã nhận được màn tẩm hóa chất diệt muỗi miễn phí do Chương trình Quốc gia Phòng chống Sốt rét (CTQG PCSR) cấp. Tuy nhiên, sự hạn chế trong việc tiếp cận màn tẩm hóa chất diệt muỗi của nhóm di cư ngắn hạn và di biến động là vấn đề đáng được lưu ý. Sự hạn chế trong tiếp cận màn tẩm hóa chất diệt muỗi phát miễn phí có thể do địa phương thiếu số liệu về hai nhóm di cư trên, vì một nửa trong số họ chưa đăng ký cư trú (theo số liệu khảo sát trong nghiên cứu sâu). Điều này tạo ra những khó khăn cho ngành y tế địa phương trong việc lập kế hoạch và đưa màn tẩm hóa chất diệt muỗi đến

¹ Trong báo cáo, các cụm từ “làm sắn”, “làm điều”, “làm cao su” dùng theo cách nói tại địa phương, chỉ các công việc liên quan đến trồng và thu hoạch các nông/lâm sản này.

những nhóm dân di cư nói trên. Cần có những sáng kiến, phương pháp mới – bao gồm cải thiện sự hợp tác giữa các ban ngành, các bên liên quan – để giải quyết thách thức này. Chất lượng và việc sử dụng màn hiệu quả cũng cần được quan tâm – cụ thể một người được hỏi trong phỏng vấn sâu nói rằng họ sử dụng màn tẩm hóa chất diệt muỗi được phát làm lưới đánh cá. Những vấn đề này có thể được giải quyết bằng cách tham vấn và thông tin tốt hơn với cộng đồng.

Cũng cần lưu ý rằng mặc dù có nhiều người nói rằng họ nhận được màn chống muỗi từ CTQG PCSR, nhưng ít người biết rằng màn đó là màn tẩm hóa chất diệt muỗi. Điều này cho thấy sự cần thiết phải nỗ lực hơn nữa của CTQG PCSR trong quá trình phân phối màn, nhằm bảo đảm rằng những người nhận hiểu được sự khác biệt giữa màn tẩm hóa chất diệt muỗi với màn mua ngoài thị trường, và tầm quan trọng của việc sử dụng loại màn này. Cần lưu ý phụ nữ có vẻ như quan tâm hơn đến màn tẩm hóa chất diệt muỗi, họ có thể phát huy vai trò trong việc truyền đạt thông điệp tới gia đình và cộng đồng. Nghiên cứu cũng khuyến nghị rằng khi lên kế hoạch cho chương trình sốt rét trong tương lai tại Bình Phước hoặc các địa bàn có điều kiện tương tự, có thể cân nhắc phát hoặc trợ giá mua võng có màn, vì nó có thể phù hợp hơn với nhu cầu của một bộ phận người dân (ví dụ việc móc màn chống muỗi có thể không tiện với một số người dân đi rừng, ngủ rẫy do điều kiện sơ sài). Đồng thời, cần có các nghiên cứu sâu hơn và các chương trình giúp xác định và giải quyết những rào cản khác trong việc sử dụng màn chống muỗi (như việc một số người dân cho biết màn tẩm hóa chất diệt muỗi có kích thước không đủ lớn).

- Phối hợp trong phòng chống và điều trị sốt rét

Dữ liệu nghiên cứu cho thấy rằng các dịch vụ sốt rét ở cấp thôn bản và ở khu vực biên giới nhìn chung tốt, cán bộ y tế thôn bản, trạm y tế xã và y tế cấp huyện phối hợp tương đối tốt. Tuy nhiên, các nỗ lực mới chỉ tập trung trong ngành y tế và thiếu sự liên kết với bên ngoài, sự phối hợp liên ngành chưa đủ mạnh. Cần nỗ lực hơn nữa nhằm kết nối việc phòng chống sốt rét với các sáng kiến trong ngành y tế và các mục tiêu phát triển kinh tế xã hội, bao gồm các sáng kiến hướng tới việc trao quyền cho người dân tại chỗ, dân di cư, di biến động và khuyến khích họ tham gia vào các hoạt động y tế công cộng. Các tổ chức đoàn thể xã hội (như Hội phụ nữ và Đoàn thanh niên), trường thôn, trường học, hiệu thuốc cũng như chủ sử dụng lao động có thể đóng vai trò quan trọng trong việc phổ biến thông tin về sốt rét.

Thiếu sự phối hợp cũng hạn chế việc tiếp cận dịch vụ – ví dụ như phân phối màn tẩm hóa chất diệt muỗi – do nhiều người nhập cư không đăng ký cư trú. Cải thiện sự phối hợp giữa ngành y tế và các ngành khác (như Công an hoặc Sở Lao động Thương binh Xã hội) cũng như với các bên liên quan khác (như nông dân/chủ rẫy) là cần thiết để đẩy mạnh các dịch vụ phòng và điều trị sốt rét.

Cuối cùng, mặc dù một số lượng đáng kể người di cư, di biến động vẫn thường xuyên trở về nơi xuất cư nhưng sự phối hợp liên tỉnh có vẻ như chưa hiệu quả. Sự phối hợp liên tỉnh, bao gồm phối hợp giữa các trung tâm y tế cần được cải thiện – đặc biệt là ở các tỉnh có nhiều người di cư đến Bình Phước – nhằm bảo đảm điều trị có hiệu quả và thực hiện các biện pháp tiếp cận chủ động để tránh lây bệnh sang những vùng không có dịch và tránh sự lây lan của sốt rét kháng artemisinin.

Khuyến nghị

Khuyến nghị về chính sách

- Thiết kế và tiến hành các chương trình truyền thông thay đổi hành vi, hướng đến các nhóm dân di cư và dân tại chỗ tại tỉnh Bình Phước, chú ý đến tính dễ bị tổn thương và đặc điểm của mỗi nhóm đã nêu trong nghiên cứu. Có thể sử dụng kết quả khảo sát KAP làm dữ liệu ban đầu (baseline). Tăng cường truyền thông qua các nguồn thông tin đã được chứng minh là có hiệu quả – cán bộ y tế thôn bản, truyền hình, phát thanh – và các kênh tiềm năng (bao gồm trường học, các tổ chức đoàn thể và nhà thuốc).
- Chú ý nâng cao nhận thức về sự hiện diện và vai trò của cán bộ y tế thôn bản trong quá trình truyền thông.
- Điều chỉnh một số dịch vụ dự phòng sốt rét cho phù hợp hơn, trên cơ sở các phát hiện của

nghiên cứu: cung cấp các cỡ màn tắm hóa chất diệt muỗi khác nhau (màn cá nhân và màn gia đình) và cải thiện chất lượng màn tắm hóa chất diệt muỗi; phân phối hoặc trợ giá võng có màn. Thu thập một cách có hệ thống phản hồi và kiến nghị từ người thụ hưởng hoặc những người khác trong cộng đồng nhằm đảm bảo các dịch vụ dự phòng sốt rét (bao gồm cả phun thuốc chống muỗi) phù hợp nhất với nhu cầu địa phương.

- Cải thiện các quy trình và biểu mẫu báo cáo giám sát để thu thập dữ liệu phân tách từ cấp trạm y tế xã, bao gồm cả tình trạng di cư; đăng ký cư trú; địa chỉ thường trú và tạm trú; các xu hướng di biến động (tần suất ở lại rừng trong năm); nơi mắc sốt rét, dự định di chuyển trong quá trình điều trị nếu có. Các thông tin này sẽ giúp cải thiện việc tuân thủ điều trị và giúp xây dựng các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi sát với mục tiêu hơn. Do định nghĩa về di dân vẫn còn là một thách thức nên có thể tiến hành thí điểm áp dụng thử phương pháp phân loại người di cư, di biến động được đề xuất trong nghiên cứu sâu trên phạm vi nhỏ để xem mức độ phù hợp.
- Xây dựng chiến lược kiểm soát sốt rét dài hạn hướng đến người di cư, di biến động ở cấp quốc gia và cấp tỉnh cũng như cấp xã. Chiến lược này cần tính đến và giải quyết các yếu tố đặc thù khiến cho các nhóm dân di cư, di biến động dễ bị tổn thương với sốt rét hơn. Chiến lược cũng cần nâng cao sự phối hợp giữa các tỉnh nơi đi và nơi đến, giữa ngành y tế và các ngành khác (bao gồm công an, lao động, các tổ chức đoàn thể, trường học và khối tư nhân), và tìm ra các phương pháp, sáng kiến mới nhằm vượt qua các thách thức hiện tại, đặc biệt là trở ngại trong tiếp cận các dịch vụ sốt rét do không đăng ký cư trú. Việc xây dựng chiến lược cần dựa trên bằng chứng khoa học, nên xem xét đến các bằng chứng mà nghiên cứu này cung cấp cũng như bằng chứng từ các nghiên cứu trong tương lai.

Khuyến nghị về nghiên cứu

- Áp dụng và cải tiến phương pháp luận nghiên cứu đã được thử nghiệm trong nghiên cứu này, đặc biệt là phương pháp phân loại dân di cư, di biến động tại các tỉnh khác có điều kiện tương đồng.
- Tiến hành nghiên cứu sâu hơn về mối liên hệ giữa: i) sốt rét và tình trạng di cư (các nhóm dân di cư, di biến động so với dân tại chỗ) và ii) mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét và nghề nghiệp. Trong bối cảnh nghiên cứu tại tỉnh Bình Phước, câu hỏi đầu tiên (i) chưa được làm rõ do thiếu thông tin thời gian cụ thể của các trường hợp mắc sốt rét trong khảo sát KAP, trong khi nghiên cứu sâu mẫu quá nhỏ, câu hỏi thứ hai (ii) phân loại nghề nghiệp trong bối cảnh công việc thời vụ và đa nghề nghiệp là thách thức mà nghiên cứu chưa giải quyết được.
- Tiến hành nghiên cứu về tính dễ bị tổn thương của một số nhóm đặc thù có nguy cơ phơi nhiễm cao, do đối với các nhóm này, các phương pháp bảo vệ truyền thống không phù hợp (người làm sắn và những người hay tắm suối, đặc biệt là phụ nữ), để tìm ra phương pháp bảo vệ tốt hơn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rét là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và là mối đe dọa nghiêm trọng cho y tế công cộng toàn cầu với khoảng 3,2 tỉ người ở 97 quốc gia có nguy cơ mắc sốt rét.² Tuy nhiên, đây là bệnh có thể dự phòng và điều trị dứt điểm. Kể từ năm 2000 cho đến nay, nỗ lực phòng chống sốt rét trên toàn thế giới đã mang lại những bước tiến bộ vượt bậc, tỉ lệ mắc sốt rét đã giảm 37% và tỉ lệ tử vong do sốt rét giảm 60% trên toàn cầu vào năm 2015.³ Tuy nhiên, tình trạng kháng thuốc diệt côn trùng dùng trong dự phòng, kháng artemisinin vốn là thuốc chủ lực trong việc điều trị sốt rét, thậm chí kháng các thuốc dùng trong phương pháp điều trị kết hợp với artemisinin (ACT) đã và đang gia tăng, đe dọa đẩy lùi những thành quả đạt được trong việc kiểm soát và loại trừ sốt rét.⁴

1.1. Kiểm soát và loại trừ sốt rét: tầm quan trọng của việc tập trung vào nhóm dân di cư, di biến động⁵

Mối liên hệ giữa việc di biến động dân và nguy cơ lây nhiễm sốt rét đã được nhiều tài liệu, nghiên cứu nêu ra. Các nhóm dân di cư, di biến động qua lại giữa các vùng biên giới và những người bị buộc phải di dời nơi cư trú dễ mắc các bệnh lý và tử vong do sốt rét trong toàn bộ hành trình di cư – tại nơi xuất cư, khi di chuyển, quá cảnh, tại nơi đến và khi quay trở về nhà.

Người dân di cư, di biến động thường ‘khó tiếp cận’ hoặc ‘ẩn’ – do vị trí địa lý, điều kiện sống và/hoặc tình trạng pháp lý của họ – điều này thường xuyên dẫn đến việc họ bị gạt ra ngoài lề và không được tiếp cận các dịch vụ y tế và dự phòng sốt rét đầy đủ. Một số người dân di cư còn có thể dễ bị tổn thương bởi điều kiện kinh tế xã hội của họ, khả năng phòng chống dịch bệnh kém, tình trạng sức khỏe (ví dụ: suy dinh dưỡng), nhận thức kém, rào cản ngôn ngữ và học vấn, thiếu thông tin, các rào cản do hệ thống y tế và các chính sách di cư gây ra. Gánh nặng tài chính do bệnh tật, như sốt rét, cũng tác động tiêu cực đến người nhập cư, đến gia đình và lên toàn xã hội, làm cho họ không thể thoát ra khỏi vòng luẩn quẩn của đói nghèo và tăng nguy cơ mắc bệnh của họ.

Thêm vào đó, việc người dân di chuyển từ các khu vực có nguy cơ lây nhiễm cao có thể làm lây lan bệnh sốt rét và có thể làm cho căn bệnh này tái phát tại các khu vực có nguy cơ lây nhiễm thấp hoặc các khu vực đã xóa bỏ được sốt rét, làm cho cả những người di cư và người dân sống tại các cộng đồng tại nơi đi và nơi đến phải chịu rủi ro. Việc di chuyển trong nước và qua biên giới giữa các khu vực có dịch sốt rét cũng tạo ra nguy cơ đáng kể về kháng thuốc artemisinin và các thuốc khác được sử dụng trong phương pháp điều trị kết hợp với artemisinin (ACT). Ngoài ra, khi thiếu sự hỗ trợ và chăm sóc của gia đình, những người di cư không còn lựa chọn nào khác ngoài việc đưa cả gia đình đi cùng – trong đó có trẻ nhỏ, khiến các em gặp nguy cơ rất lớn nếu phải đi đến các vùng có dịch sốt rét. Theo WHO, trẻ em là nhóm dễ mắc sốt rét nhất. Theo số liệu thống kê, 78% của tất cả các ca tử vong do sốt rét toàn cầu năm 2013 rơi vào nhóm trẻ dưới năm tuổi.⁶

Công tác kiểm soát, loại trừ và điều trị sốt rét phải giải quyết được những nhu cầu cụ thể và tính dễ tổn thương với sốt rét của các nhóm dân di cư, di biến động. Để giải quyết được bài toán này, cần có khả năng đánh giá chính xác gánh nặng bệnh tật do sốt rét mang lại trong các nhóm dân di cư, di biến động cũng như những nhu cầu của họ, đảm bảo số liệu về sốt rét và sức khỏe người di cư được chuẩn hóa và thống nhất trong phạm vi một quốc gia cũng như giữa các quốc gia lân cận. Các hoạt động dự phòng, chẩn đoán và điều trị sốt rét và giáo dục sức khỏe cũng cần điều chỉnh cho phù hợp với nhu cầu của các nhóm dân di cư, di biến động. Cách phổ biến thông tin cũng phải phù hợp văn hóa và ngôn ngữ (gồm cả thông qua các phương pháp tiếp cận chăm sóc y tế dựa vào cộng đồng với mục đích tạo điều kiện để các thành viên chủ động hơn trong việc dự phòng và điều trị). Sau cùng, các chiến lược phòng chống sốt rét quốc gia và khu vực cần đảm bảo sao cho các nhóm

2 Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). *Sốt rét: Bản thông tin số 94*. 2015. Tham khảo tại www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/. Truy cập ngày 29/1/2016.

3 Ibid.

4 Ibid.

5 Tổ chức Di cư quốc tế (IOM). *Dự phòng sốt rét và chuỗi chăm sóc liên tục cho người di cư*. 2015.

Tham khảo tại https://health.iom.int/sites/default/files/pdf/EN_IOM_RBMmalariaandMigrationFactSheet_final_July_2015.pdf.

Truy cập ngày 29/1/2016.

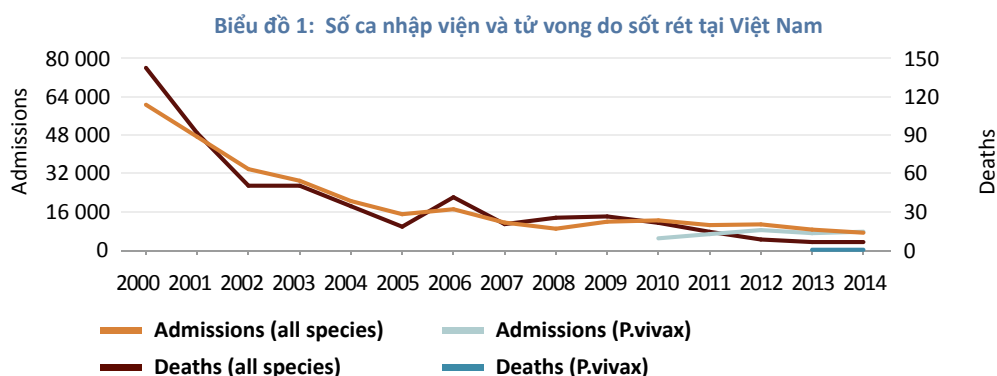
6 WHO. *Sốt rét trong nhóm trẻ nhỏ dưới 5 tuổi*. 2015. Tham khảo tại www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/children/en/. Truy cập ngày 22/3/2016.

dân di cư, di biến động, các nhóm dân qua lại biên giới, những người bị buộc phải đi khỏi nơi cư trú được tiếp cận với các dịch vụ dự phòng và điều trị sốt rét, dù tình trạng di cư của họ như thế nào. Sự phối hợp và hợp tác liên ngành về phòng chống sốt rét và chăm sóc y tế cho các nhóm dân di cư, di biến động trong hệ thống y tế, ngoài y tế, giữa các nước lân cận đóng vai trò then chốt để đảm bảo tính nhất quán trong cách tiếp cận.

1.2. Tình hình sốt rét và di cư, di biến động tại Việt Nam

1.2.1. Tình hình sốt rét

Năm 2015, tại Việt Nam có khoảng 11,7 triệu người⁷ (chiếm 12,6% dân số)⁸ sống trong vùng có dịch sốt rét. Những nỗ lực của Chính Phủ và của WHO đã góp phần giảm tỉ lệ sốt rét và tỉ lệ tử vong do sốt rét. Chiến lược Quốc gia Phòng chống và Loại trừ Bệnh Sốt rét ở Việt Nam Giai đoạn 2011–2020 nhằm mục tiêu phát huy những kết quả đạt được, xây dựng các biện pháp kiểm soát, điều trị và phân phối màn tẩm hóa chất diệt muỗi tồn lưu (LLINs).



Nguồn: WHO. Báo cáo tình hình sốt rét toàn cầu 2015. 2015.

Tham khảo tại www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/en/. Truy cập ngày 5/5/2016.

Tuy nhiên có một số vấn đề đáng lo ngại nổi lên: số liệu cho thấy tiến bộ trong việc giảm tỉ lệ mắc và tử vong do sốt rét trong năm 2013 và 2014 có khuynh hướng chững lại hoặc chậm lại, cùng với xu hướng gia tăng kháng thuốc artemisinin.⁹ Kháng artemisinin được ghi nhận lần đầu ở Việt Nam tại Bình Phước, khu vực gần biên giới Campuchia vào năm 2009. Bảng 1 cho thấy tình trạng kháng artemisinin (xác định bằng hiện tượng làm sạch ký sinh trùng chậm) đã gia tăng đáng kể từ năm 2009 đến nay. Vào thời điểm xây dựng dự án, Việt Nam vẫn chưa ghi nhận hiện tượng kháng thuốc phối hợp trong phương pháp điều trị kết hợp với artemisinin (ACT).¹⁰

Bảng 1: Hiệu quả điều trị bằng artemisinin tại Việt Nam – Hiện tượng làm sạch ký sinh trùng chậm ngày D3 (%)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bình Phước	15.2	22.0	–	30.6	36.0	36.0
Đắk Nông	0	–	–	29.2	–	26.7
Gia Lai	–	11.3	–	22.8	–	26.4
Khánh Hòa	–	–	–	–	17.4	16.7
Kon Tum	–	–	–	–	14.8	14.3
Quảng Nam	0	–	–	27.3	29.2	–
Ninh Thuận	0	0	–	–	8.0	–
Quảng Trị	0	0	0	0	–	–
Đắk Lắk	–	–	–	–	0	–
Bình Thuận	–	–	–	–	–	–

7 11,691,795 người. Chính phủ Việt Nam. Bộ Y tế. Chương trình Quốc gia Phòng chống Sốt rét (CTQG PCSR). Báo cáo tình hình sốt rét 2015. 2015

8 Số liệu 12.6% do IOM tính toán dựa trên dữ liệu dân số 2015 của UN

<http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Viet%20Nam#Summary> (11,692/92,548).

9 Từ khi dự án được xây dựng đến nay, số liệu báo cáo của CTQG PCSR (Chính phủ Việt Nam. Bộ Y tế. CTQG PCSR. Báo cáo tình hình sốt rét 2015) cho thấy có nhiều tiến bộ đã đạt được. Cụ thể, theo số liệu mới nhất năm 2015, số ca sốt rét giảm 41% (9,331 ca năm 2015 so với 15,752 ca trong năm 2014) và số ca tử vong cũng giảm (3 ca tử vong năm 2015 so với 6 ca năm 2014).

10 Vào tháng 5/2016, sáu ca nghi nhiễm sốt rét kháng thuốc phối hợp được phát hiện ở tỉnh Bình Phước. Chính phủ Việt Nam và WHO đang trong quá trình xác định các ca này.

Nguồn: PGS. TS. Bùi Quang Phúc, Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương.
Bài trình bày tại “*Hội thảo hai khu vực Đông Nam Á và Đông Thái Bình Dương về mạng lưới giám sát kháng thuốc sốt rét*”. Tháng 11/2015.

Ghi chú: Các ô có dấu gạch ngang không có dữ liệu.

Hiện tượng kháng thuốc không chỉ xuất hiện tại Việt Nam. Ký sinh trùng sốt rét kháng artemisinin đã được phát hiện tại bốn quốc gia khác trong khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng: Campuchia, Lào, Myanmar và Thái Lan. Các nghiên cứu khẳng định rằng hiện tượng kháng với artemisinin xuất hiện một cách độc lập ở nhiều nơi thuộc khu vực này. Phần lớn bệnh nhân vẫn được điều trị thành công bằng phương pháp điều trị kết hợp với artemisinin (ACT) nếu không bị kháng với thuốc phối hợp. Tuy nhiên, ở một số nơi tại Campuchia và Thái Lan đã xuất hiện chủng *P. falciparum* kháng với cả artemisinin và các thuốc phối hợp (đa kháng thuốc). Sốt rét do *P. falciparum* ở Campuchia và Thái Lan đang ngày càng khó điều trị hơn. Không những thế, tình trạng kháng đa thuốc còn có nguy cơ lan rộng đến nhiều quốc gia và khu vực khác, gây hậu quả nghiêm trọng cho y tế công cộng.¹¹

1.2.2. Di cư, dịch chuyển và sốt rét

Di cư là hiện tượng phổ biến ở Việt Nam. Từ năm 1976, một số lớn dân số từ đông bắc và tây nam đã di cư đến khu vực cao nguyên miền trung và vùng đông nam bộ, vốn là những vùng có tỉ lệ lưu hành sốt rét cao, để tìm việc trong các nông trường cao su, cà phê, sắn, điều và công nghiệp khai thác gỗ. Điều đáng lo là số lượng lớn dân di cư đến và đi liên quan đến các tỉnh trọng điểm sốt rét ở cao nguyên miền Trung (Kon Tum, Gia Lai, Đắk Lắk và Đắk Nông), vùng Đông Nam Bộ (tỉnh Bình Phước) và Bắc Trung Bộ (tỉnh Quảng Bình, Quảng Trị) – xem bản đồ 1.

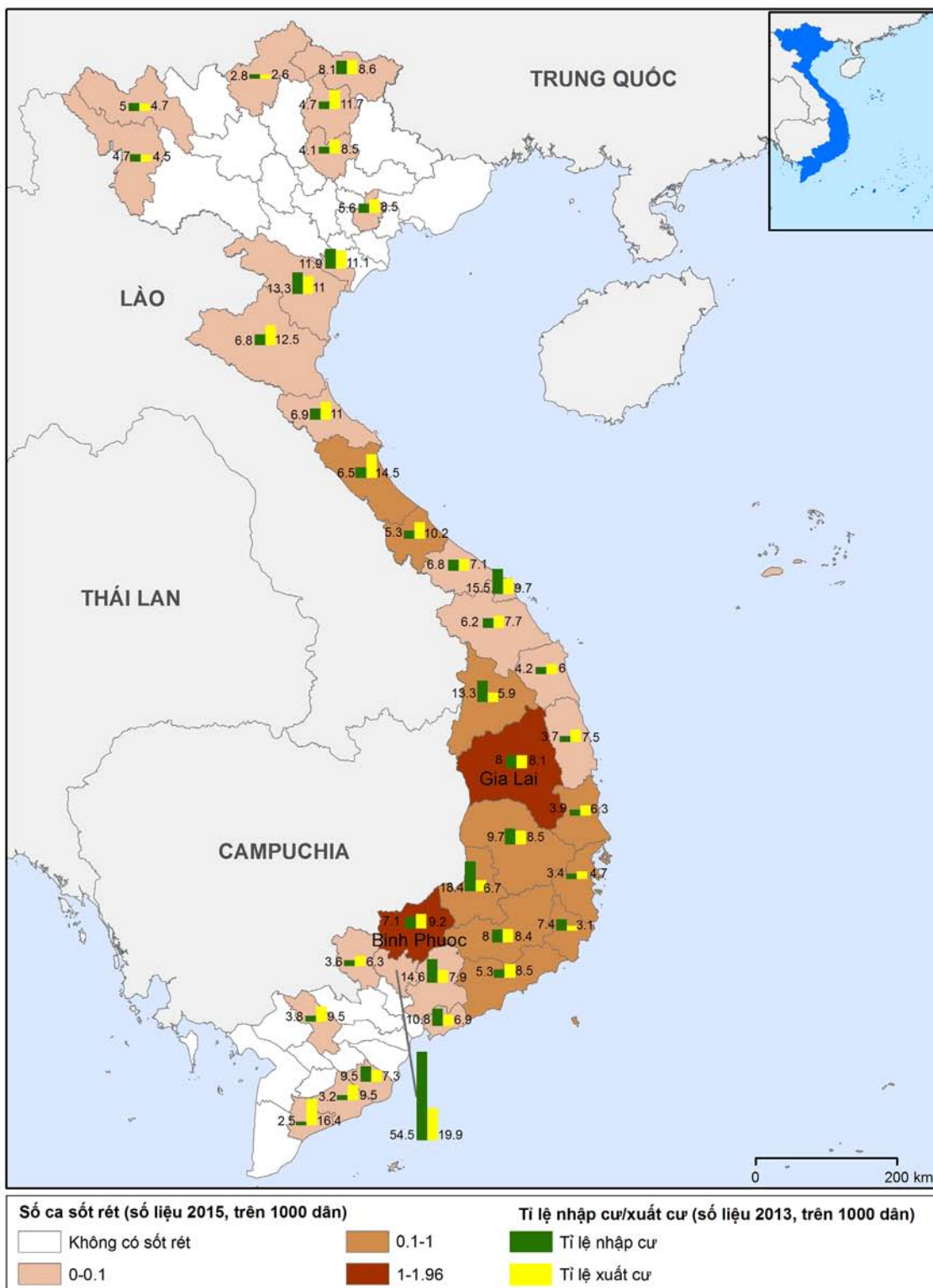
Đáng lo hơn nữa, trong bối cảnh kháng thuốc đang diễn ra, việc di dân qua lại biên giới giữa Việt Nam, Lào và Campuchia cũng gia tăng nhanh chóng, một phần do chính sách đầu tư của các công ty Việt Nam trong các ngành nghề như nông nghiệp, viễn thông và ngân hàng. Ngân hàng phát triển châu Á (ADB) dẫn nguồn dự báo rằng năm 2010 có khoảng 1 triệu người Việt Nam đang làm ăn sinh sống tại Campuchia và khoảng 20,000 người tại Lào.¹² Riêng năm 2013, trong mười nước đứng đầu danh sách tiếp nhận xuất khẩu lao động từ Việt Nam, Lào và Campuchia xếp thứ năm và thứ sáu, với số lượng lao động là 4,860 tại Lào và 4,250 tại Campuchia.¹³ Năm 2014, hiệp hội các nhà đầu tư Việt Nam tại Lào (AVIL) ước tính tổng cộng có khoảng 13,500 người Việt Nam đang làm việc tại Lào, trong đó khoảng 8,500 lao động đang làm việc cho ba tập đoàn lớn của Việt Nam tại nước này.¹⁴ AVIL cũng dự đoán sẽ có khoảng 20.000 người Việt Nam làm việc tại Lào vào năm 2015.¹⁵ Số lao động từ Việt Nam sang làm việc các quốc gia khác cũng rất lớn, trong đó có cả Angola nơi có tỉ lệ sốt rét lưu hành cao (xem bản đồ 2 bên dưới).

So sánh, ta sẽ thấy có sự khác biệt giữa các số liệu trên. Trên thực tế, các con số này chưa phản ánh đúng số lượng thực tế người lao động đi làm ăn xa, vì hoạt động di cư từ Việt Nam sang Lào và Campuchia cũng như di cư trong nước đều mang tính chất mùa vụ và thường phi chính thức. Nhiều người lao động đi làm ăn xa vẫn gắn bó với nơi xuất cư vì việc di chuyển và kiếm sống của họ phụ thuộc vào sự biến động của thị trường và vào tình trạng mùa màng từng năm. Thực trạng di chuyển kể trên khiến lượng người di cư, di biến động giữa các vùng miền và qua biên giới, giữa vùng có dịch và vùng không có dịch rất lớn (đôi khi đi trong ngày). Do đó, việc xác định số người di cư vô cùng khó khăn.¹⁶

Hai bản đồ sau đây cho thấy tình hình di cư giữa các tỉnh của Việt Nam và ra nước ngoài.

- 11 WHO. *Sốt rét: Trang thông tin số 94*. 2015. Tham khảo tại www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/. Truy cập ngày 29/1/2016.
- 12 Ngân hàng phát triển châu Á (ADB). *Tạo điều kiện cho di cư lao động an toàn tại khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng: Vấn đề, thách thức và các biện pháp can thiệp trong tương lai*. 2013. Tham khảo tại www.adb.org/sites/default/files/publication/30210/facilitating-safe-labor-migration-gms.pdf. Truy cập ngày 2/5/2016.
- 13 Chính phủ Việt Nam. Bộ lao động, thương binh và xã hội (MOLISA). *Phương hướng hoạt động xuất khẩu lao động năm 2014*. 2014. Tham khảo tại www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=20416. Truy cập ngày 27/4/2016.
- 14 Công ty cổ phần chứng khoán Sài Gòn - Hà Nội. *Lào - Thị trường xuất khẩu lao động tiềm năng*. Tháng 5/2014. Tham khảo tại www.shs.com.vn/News/201495/867723/lao-thi-truong-xuat-khau-lao-dong-tiem-nang.aspx. Truy cập ngày 27/4/2016.
- 15 Ibid.
- 16 Di cư theo con đường không chính thức được ghi nhận chủ yếu từ Việt Nam, từ Campuchia hoặc Lào vào Việt Nam rất ít.

Bản đồ 1: Các vùng có sốt rét lưu hành và tình hình di cư tại Việt Nam



Bản đồ do IOM thực hiện với sự hỗ trợ tài chính từ Quỹ Phát Triển của IOM (IDF)

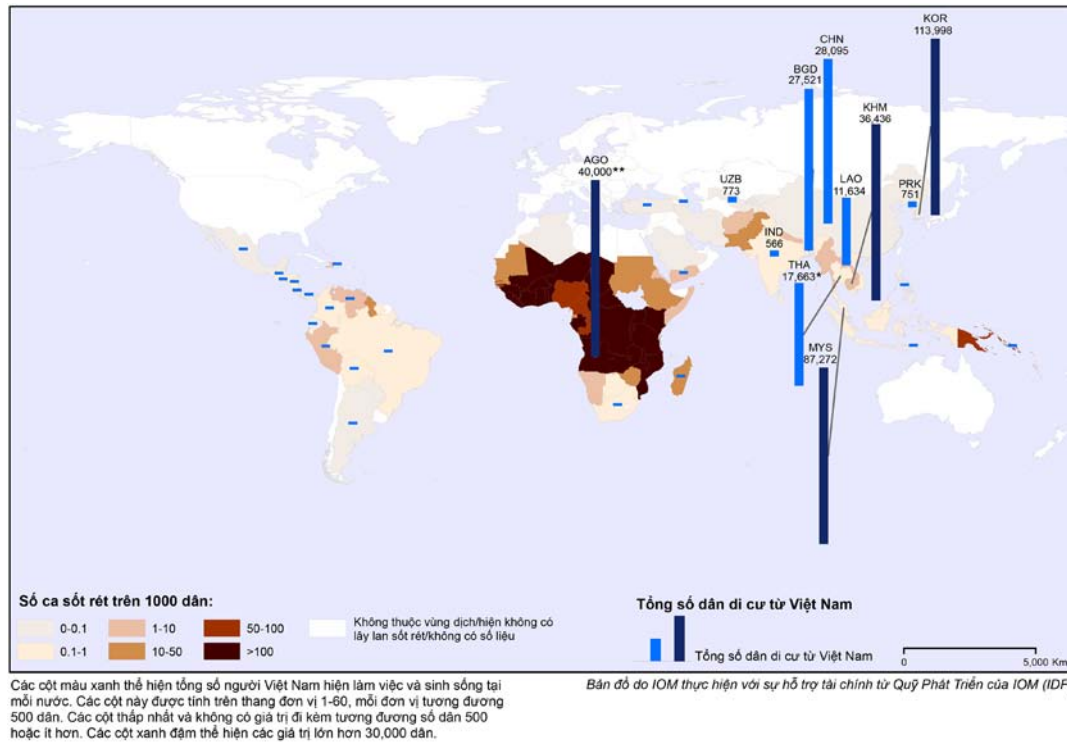
Nguồn: Bản đồ do IOM thực hiện dựa trên số liệu sốt rét và di cư năm 2013 của:

Chính phủ Việt Nam. Bộ Y tế. Chương trình Quốc gia Phòng chống Sốt rét (CTQG PCSR). Báo cáo thường niên 2015. 2015.

Chính phủ Việt Nam. Tổng cục thống kê (GSO). 2014. Tham khảo tại www.gso.gov.vn/SLTKE/pxweb/en/02.%20Population%20and%20Employment/02.%20Population%20and%20Employment/E02.22-24.px/table/tableViewLayout1/?rxid=5a7f4db4-634a-4023-a3dd-c018a7cf951d. Truy cập ngày 2/5/2016.

Ghi chú: Bản đồ chỉ thể hiện dữ liệu di cư của các tỉnh có sốt rét lưu hành.

Bản đồ 2: Các vùng có sốt rét lưu hành và người Việt Nam làm ăn sinh sống tại các nước trên thế giới



Nguồn: Bản đồ do IOM thực hiện dựa trên số liệu sốt rét và di cư của:

Tổ chức y tế thế giới (WHO). *Báo cáo tình hình sốt rét toàn cầu 2015*. Tham khảo tại www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/en/. Truy cập ngày 5/5/2016.

Ủy ban các vấn đề kinh tế - xã hội của Liên Hiệp Quốc (UN DESA). *Xu hướng trong các thống kê người di cư quốc tế: Người di cư tại quốc gia đến và quốc gia đi*. 2013 và 2015. Tham khảo tại www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/index.shtml. Truy cập ngày 5/5/2016.

(*) Tổ chức lao động quốc tế (ILO). *Tình hình di cư ở ASEAN qua các con số: Cơ sở dữ liệu thống kê lao động quốc tế (ILMS) ở ASEAN*. 2015. Tham khảo tại www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-bangkok/documents/publication/wcms_420203.pdf. Truy cập ngày 5/5/2016.

(**) Báo Thanh Niên. *Lao động Việt Nam tại Angola liên tục bị cướp tẩn công*. Bài báo đăng ngày 25/9/2014. Tham khảo tại <http://thanhnien.vn/doi-song/lao-dong-viet-nam-tai-angola-lien-tuc-bi-cuop-tan-cong-456292.html>. Truy cập ngày 5/5/2016.

Ghi chú: Cần lưu ý rằng dữ liệu của UN DESA dựa trên các cuộc điều tra dân số và thường thiếu các số thống kê người di cư ngắn hạn hoặc tạm thời vì những nhóm dân này không đăng ký tại quốc gia nơi họ đang tạm trú. Báo cáo sử dụng một số nguồn thông tin khác nhằm bổ sung những thông tin còn thiếu. Những trường hợp này được đánh dấu (*) trên bản đồ.

Có rất nhiều tài liệu ghi nhận mối liên quan giữa việc di dân và sự lan truyền sốt rét tại khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng, trong đó có khu vực biên giới giữa Việt Nam và Lào.¹⁷ Các nghiên cứu thực hiện tại khu vực này cho thấy:

Các nhóm dân di cư, di biến động, cả nhóm hoặc từng cá nhân riêng lẻ rất dễ mắc sốt rét do những rào cản/chướng ngại trong việc tiếp cận những dịch vụ y tế “cơ bản” và “có chất lượng”, trong đó có dịch vụ dự phòng và điều trị sốt rét.¹⁸

Những người qua lại khu vực biên giới, hay sống và làm việc mà không có giấy tờ ở các nước láng giềng ít khi tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc y tế do sợ bị bắt và bị trục xuất. Do sự tiện lợi và chi phí đi lại thấp, họ thường tìm đến những người bán thuốc dạo, không có giấy phép hành nghề để mua thuốc. Đây là nguyên nhân làm tăng nguy cơ mua phải thuốc kém chất lượng hoặc sử dụng đơn liệu artemisinin, khiến nguy cơ sốt rét kháng thuốc và tử vong gia tăng.

17 Ví dụ tại báo cáo của WHO: *Sốt rét tại khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng: Hồ sơ từng quốc gia và toàn khu vực*. 2010.

18 WHO. *Dân di cư, di biến động và hệ thống thông tin về sốt rét*. 2015.

1.3. Di cư và sốt rét tại tỉnh Bình Phước

Bình Phước là tỉnh nằm ở khu vực đông nam bộ Việt Nam, có chung đường biên giới với Campuchia, với dân số khoảng 905.300 người. Theo cuộc điều tra dân số gần nhất năm 2011, có khoảng 83% dân sống tại khu vực nông thôn,¹⁹ các nhóm dân tộc thiểu số chiếm 17,9% tổng số dân trong tỉnh.²⁰ Bình Phước có 51,3% đất rừng, và là một trong các tỉnh có sản lượng nông nghiệp cao nhất cả nước: các sản phẩm nông nghiệp chính là hạt điều, cao su, cà phê, tiêu và sắn. Vì vậy Tỉnh thu hút một lượng lớn những người lao động theo mùa vụ đến tìm kiếm việc làm, nhất là vào mùa thu hoạch cao điểm (từ tháng 11 đến tháng 4). Năm 2014, tỉnh có tỉ lệ 8,0 dân nhập cư trên mỗi 1.000 dân, đứng thứ 11 trong cả nước về số lượng người nhập cư.²¹ Tỉ lệ di cư trong nội bộ tỉnh cũng rất cao. Ngoài ra, có một số lượng đáng kể người dân tại đây thường xuyên qua lại khu vực biên giới với Campuchia và Lào.

Bình Phước cũng chịu gánh nặng lớn do sốt rét. Năm 2015, tỉ lệ lưu hành sốt rét tại Bình Phước được ghi nhận là cao nhất cả nước, với 1,96 ca dương tính trên 1.000 dân.²² Ngoài ra, như đã nêu ở trên, sốt rét kháng artemisinin ở Việt Nam được phát hiện lần đầu tiên tại Bình Phước và tình trạng kháng thuốc vẫn tiếp tục gia tăng. Vì vậy Bình Phước là địa bàn tốt nhất để nghiên cứu về mối liên quan giữa việc di cư, di biến động, tính dễ bị tổn thương với sốt rét và tình trạng kháng thuốc.

Bản đồ 3: Tỉnh Bình Phước (bao gồm sáu xã tham gia khảo sát KAP)



Nguồn: Chính phủ Việt Nam. Trang web chính thức của tỉnh Bình Phước. Bản đồ hành chính tỉnh Bình Phước. Tham khảo tại www.binhphuoc.gov.vn/3cms/ban-do-hanh-chinh-tinh.htm. Truy cập ngày 15/2/2016.

Tại tỉnh Bình Phước, một số huyện (và xã) là “điểm nóng” cả về sốt rét lẫn di cư, di biến động.²³

- i) Huyện Bù Gia Mập ở phía bắc, giáp với biên giới Campuchia và khu vực Tây Nguyên. Trong địa bàn huyện, Đăk Ô và Bù Gia Mập là hai xã có chung đường biên giới với Campuchia, và là hai xã

19 Chính phủ Việt Nam. Tổng cục thống kê (GSO). Dữ liệu “Dân số nông thôn trung bình phân theo địa phương” và “Diện tích, dân số và mật độ dân số năm 2011 phân theo địa phương”. Tham khảo tại www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=387&idmid=3&ItemID=12868. Truy cập ngày 15/2/2016. Con số 83% do IOM tính toán dựa trên dữ liệu năm 2011 (753.2/905.3).

20 Chính phủ Việt Nam. Tỉnh Bình Phước. Tổng quan tỉnh Bình Phước. Trang web của tỉnh Bình Phước. Tham khảo tại www.binhphuoc.gov.vn/3cms/tong-quan-binh-phuoc.htm. Truy cập ngày 15/2/2016.

21 Chính phủ Việt Nam Tổng cục thống kê (GSO). Dữ liệu trực tuyến: Dân số và việc làm. 2014. Tham khảo tại www.gso.gov.vn/SLTKE/pxweb/en/02.%20Population%20and%20Employment/02.%20Population%20and%20Employment/E02.22-24.px/?rxid=5a7f4db4-634a-4023-a3dd-c018a7cf951d. Truy cập ngày 15/2/2016.

22 Chính phủ Việt Nam. Bộ Y tế. CTQG PCSR. Báo cáo tình hình sốt rét 2015. 2015.

23 Các đơn vị hành chính của Việt Nam (từ cao xuống thấp) bao gồm tỉnh, quận/huyện và xã. Mỗi xã là được chia thành thôn, làng nhưng đây không phải là các đơn vị hành chính.

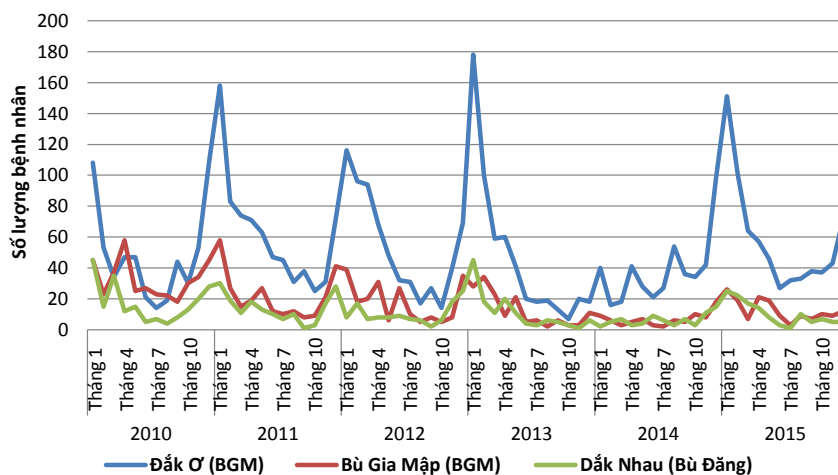
có tỉ lệ sốt rét lưu hành cao nhất, hơn hẳn các xã khác tại tỉnh Bình Phước: năm 2015, số ca mắc sốt rét chỉ tính riêng ở hai xã (701 ca ở Đăk Ô và 151 ca ở Bù Gia Mập) chiếm tới 88% tổng số ca sốt rét của huyện và 34% tổng số ca toàn tỉnh.²⁴

Bù Gia Mập có công viên quốc gia Bù Gia Mập và một số nhà máy thủy điện. Nhiều người dân di cư đến đây tìm việc tại các cơ sở của nhà nước như kiểm lâm hoặc xây dựng, tại các rừng trồng cao su hay nhà máy thủy điện; hoặc phi chính thức. Theo một báo cáo của cơ quan chức năng, những nhóm lao động này có nguy cơ mắc sốt rét rất cao: sốt rét trong các nhóm dân di cư, di biến động chiếm đến 60% tổng số ca nhiễm (đây là con số ước đoán vì không có số liệu chính thức).²⁵

ii) Huyện Bù Đăng tiếp giáp với ba tỉnh: Đăk Nông, Lâm Đồng và Đồng Nai. Xã Đăk Nheu ở Bù Đăng là nơi có tỉ lệ mắc sốt rét cao thứ ba của Bình Phước, với 122 ca được báo cáo năm 2015 (56% trong tổng số ca của huyện và 7% tổng số ca của tỉnh).²⁶ Ở Đăk Nheu không chỉ người nơi khác đến làm việc mà càng ngày, càng nhiều người dân tại chỗ đi đến các huyện khác của tỉnh (nhiều nhất là Bù Gia Mập) hoặc đi qua tỉnh khác (ví dụ huyện Tuy Đức của tỉnh Đăk Nông) để tìm việc ở những nơi khai thác nông lâm sản. Loại hình công việc này thường buộc người lao động phải lưu trú một thời gian và ngủ ngay tại rẫy hoặc rừng. Đây chính là nguyên nhân gia tăng nguy cơ mắc sốt rét. Theo một nghiên cứu tại địa phương, 69,4% các ca sốt rét được ghi nhận ở Đăk Nheu năm 2013 và 6 tháng đầu năm 2014 đều là những ca “ngoại lai”, tức nhiễm sốt rét bên ngoài xã Đăk Nheu.²⁷ Tại xã Bom Bo cũng ghi nhận 7 ca sốt rét năm 2015, chiếm 3% tổng ca mắc tại huyện và 0,4% của tỉnh.²⁸

Số liệu tại ba xã có số ca mắc sốt rét nhiều nhất (Đăk Ô, Bù Gia Mập và Đăk Nheu) cho thấy cao điểm các ca mắc mới hoàn toàn trùng với giai đoạn vụ mùa từ tháng 11 đến tháng 4.

Biểu đồ 2: Bệnh nhân sốt rét ở ba xã thuộc tỉnh Bình Phước (theo tháng và năm)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên số liệu của Sở Y tế Bình Phước. Trung tâm Phòng chống Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng tỉnh Bình Phước. Báo cáo tình hình sốt rét 2015. 2015.

iii) Huyện Bù Đốp có chung đường biên giới với Campuchia. Khu vực này có diện tích rừng thấp nhất, vì vậy nguy cơ mắc sốt rét cũng ít nhất trong số ba huyện được lựa chọn. Năm 2015, xã Phước Thiện ghi nhận 12 ca sốt rét, chiếm 6% tổng số ca của huyện, 1% của tỉnh. Thiện Hưng có 91 ca, chiếm 43% tổng số ca của huyện và 5% của tỉnh.²⁹ Theo cơ quan y tế địa phương,³⁰ người

24 Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh (Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM). “Báo cáo kết quả các hoạt động dự phòng và kiểm soát sốt rét, sốt xuất huyết, giun sán và ký sinh trùng năm 2015 - khu vực phía nam và tỉnh Lâm Đồng” 2016.
 25 Sở Y tế Bình Phước. Trung tâm Y tế huyện Bù Gia Mập. Báo cáo tham luận tại hội thảo “Trao đổi thông tin về phòng chống bệnh truyền nhiễm. Thực trạng công tác phòng chống sốt rét cho nhóm dân di biến động tại huyện Bù Gia Mập tỉnh Bình Phước”. 2013.
 26 Sở Y tế Bình Phước. Trung tâm PCSR - KST - CT. Báo cáo tình hình sốt rét 2015. 2015.
 27 Lê Hữu Hòa và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ bệnh sốt rét tại xã Đăk Nheu, huyện Bù Đăng, tỉnh Bình Phước, năm 2013 và 6 tháng đầu năm 2014. Tạp chí Phòng chống bệnh Sốt rét và các bệnh Ký sinh trùng. 4(93). 2016.
 28 Sở Y tế Bình Phước. Trung tâm Phòng chống Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng tỉnh Bình Phước. Báo cáo tình hình sốt rét 2015. 2015.
 29 Ibid.
 30 Phòng vấn cán bộ y tế Trung tâm y tế huyện Bù Đốp, ngày 14/1/2015.

để mắc sốt rét nhất là các nhóm dân làm việc và ngủ tại rẫy gần khu vực biên giới hoặc thuộc địa phận Campuchia (họ thường ít sử dụng màn chống muỗi và ngủ trong các lán, trại tạm bợ khiến nguy cơ mắc sốt rét gia tăng). Những người này đa phần là lao động nhập cư (từ các huyện khác trong tỉnh hoặc ngoài tỉnh), và một số ít là người dân tại chỗ có rẫy. Nhiều người dân tại chỗ qua Campuchia làm việc, nhưng họ thường trở về trong ngày nên ít khi ngủ rừng hay ngủ rẫy. Vì vậy nguy cơ mắc sốt rét thấp hơn.

1.4. Lý do thực hiện và mục tiêu của nghiên cứu

Như đã nói ở trên, các nhóm dân di cư, di biến động đặc biệt dễ tổn thương với sốt rét – một phần do khó tiếp cận để can thiệp dự phòng và điều trị. Ở Bình Phước, và rộng hơn là khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng, những khó khăn này còn tăng thêm do tính chất di chuyển theo mùa vụ và không chính thức.

Tuy nhiên, hiện có rất ít nghiên cứu phân tích mối liên hệ giữa di biến động dân và sốt rét, và phần lớn các nghiên cứu chỉ ở quy mô nhỏ. Ở Việt Nam, không chỉ thiếu các nghiên cứu hành vi về mối quan hệ giữa di cư và sốt rét mà các báo cáo thường kỳ của chương trình phòng chống sốt rét cũng chưa thu thập được số liệu chi tiết liên quan đến tình trạng di cư. Các số liệu hiện có về tỉ lệ nhiễm sốt rét trong nhóm người di cư đều ở quy mô nhỏ hoặc riêng lẻ. Do đó, cần có thêm bằng chứng để tạo nên một bức tranh tổng thể, phân tích đầy đủ về mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét ở các nhóm dân di cư, di biến động và các vấn đề liên quan, nhằm cải thiện sự hỗ trợ cho người di cư.

Trong một báo cáo gần đây, WHO đã nhấn mạnh:

Tăng cường các biện pháp can thiệp kiểm soát sốt rét, giám sát trọng điểm tại khu vực, tăng cường cơ chế ứng phó... chỉ có thể thành công một phần nếu [các nhóm dân di cư, di biến động] bị lãng quên và không được đưa vào phương trình kiểm soát và loại trừ sốt rét.³¹

Mặc dù các bên liên quan ngày càng ý thức về tầm quan trọng của việc đưa các nhóm dân di cư, di biến động vào chiến lược phòng chống sốt rét:

Người ta vẫn có xu hướng xem các nhóm dân di cư, di biến động là một nhóm đồng nhất có nguy cơ giống nhau, thay vì xác định rõ các cơ chế và điều kiện cụ thể trong đó di cư tác động đến việc lan truyền sốt rét và dịch tễ bệnh sốt rét.³²

Trong bối cảnh đó, cần có những định nghĩa chính xác và hiểu biết tốt hơn về đặc thù của mỗi nhóm dân di cư, di biến động và mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét của mỗi nhóm để ưu tiên các biện pháp can thiệp phù hợp, đồng thời giúp việc trao đổi thông tin giữa các quốc gia dọc biên giới hiệu quả hơn và đảm bảo thông điệp đưa ra chính xác và rõ ràng.

Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM, với sự hỗ trợ của IOM và WHO đã tiến hành một nghiên cứu về di cư và sốt rét tại tỉnh Bình Phước. Như đã nêu ở trên, Bình Phước có số lượng dân di cư, di biến động cũng như tỉ lệ lây nhiễm sốt rét cao. Ngoài ra, người di cư tại đây có thể dễ bị tổn thương hơn do tính chất di cư theo mùa vụ và không có giấy tờ chính thức.

Nghiên cứu này nhằm cung cấp thêm các số liệu và phân tích về con người và các yếu tố liên quan: phơi nhiễm với sốt rét, dự phòng sốt rét, lây lan của sốt rét kháng thuốc trong điều trị. Nghiên cứu nhằm trả lời các câu hỏi chính như sau:

- i) Dân di cư, di biến động tại tỉnh Bình Phước là những ai? Họ di chuyển từ đâu đến đâu? Họ ở lại tỉnh Bình Phước bao lâu? Họ làm gì ở đó? Họ sống tại khu vực nào trong tỉnh? Có thể phân loại các nhóm dân này như thế nào?
- ii) Người dân di cư, di biến động dễ bị tổn thương với sốt rét hơn so với người dân tại chỗ như thế nào và tại sao?

31 WHO. *Dân di cư, di biến động và hệ thống thông tin sốt rét*. 2015.

32 Ibid.

1.5. Phương pháp nghiên cứu

1.5.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện làm hai giai đoạn. Trong giai đoạn đầu, Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM tiến hành một nghiên cứu trên qui mô lớn tại hộ gia đình, khảo sát về Kiến thức, thái độ và thực hành (KAP), dưới sự hướng dẫn của một chuyên gia về dịch tễ học và với sự hỗ trợ của WHO từ tháng 12–2014 đến tháng 3–2015. Khảo sát được tiến hành trong các nhóm dân di cư, di biến động tại sáu xã (ba huyện) ở tỉnh Bình Phước: Bom Bo và Đăk Nheu (huyện Bù Đăng), Bù Gia Mập và Đăk Ô (huyện Bù Gia Mập) và Thiện Hưng và Phước Thiện (huyện Bù Đốp). Những xã này được lựa chọn dựa trên những đặc tính sau:

- Có tỉ lệ truyền bệnh sốt rét cao (vùng 4/5 theo cách phân loại vùng có sốt rét năm 2009)
- Tỉ lệ di cư, di biến động cao
- Tỉ lệ tử vong do sốt rét cao
- Có ghi nhận tình trạng kháng thuốc artemisinin (Vùng một, theo phân loại năm 2011)
- Địa bàn ở khu vực biên giới (với Campuchia)
- Có số lượng dân di cư lớn.

Cuộc khảo sát tập trung vào kiến thức và thái độ đối với sốt rét và phòng chống sốt rét trong các nhóm dân di cư, di biến động và mức độ sẵn sàng của các nhóm này (cũng như của cộng đồng địa phương) trong việc sử dụng các biện pháp dự phòng/kiểm soát sốt rét do CTQG PCSR cung cấp. Trước khi thực hiện khảo sát hộ dân, Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM với sự hỗ trợ của WHO tổ chức một buổi thảo luận nhóm tập trung với mỗi huyện của dự án. Ba cuộc thảo luận này xoay quanh chủ đề dân di cư, di biến động, các hoạt động sinh kế, đặc điểm kinh tế xã hội, và tác động, thách thức đến cộng đồng địa phương. Những người tham gia thảo luận được lựa chọn để đảm bảo tính đại diện của các cấp (cấp tỉnh, huyện, xã và thôn), cán bộ Ủy ban nhân dân xã, đại diện công an, cán bộ đăng ký hộ tịch và/hoặc cán bộ phụ trách tuyên truyền và ba người di cư. Kết quả của ba cuộc thảo luận được sử dụng để hoàn chỉnh bộ câu hỏi.

Trong quá trình phân tích dữ liệu khảo sát KAP, một số khó khăn xuất hiện, bao gồm việc phân loại các nhóm dân di cư, di biến động và việc tìm hiểu xem các nhóm dân di cư, di biến động dễ bị tổn thương với sốt rét hơn người dân tại chỗ như thế nào. Để giải quyết các khó khăn này, giai đoạn hai của dự án tập trung vào nghiên cứu sâu ở quy mô nhỏ hơn. Đợt khảo sát này do một chuyên gia về nhân khẩu học xã hội hướng dẫn, với sự hỗ trợ của IOM, thực hiện tại xã Đăk Ô (một trong những xã là điểm nóng về sốt rét trong Tỉnh). Nghiên cứu này bao gồm một hợp phần khảo sát định lượng do Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM thực hiện trên 300 đối tượng, và một hợp phần khảo sát định tính khá quan trọng, gồm cả thảo luận nhóm nhỏ và phỏng vấn sâu. Hợp phần định tính này do chuyên gia xã hội học và cán bộ IOM thực hiện, nhằm thu thập thông tin trong những bối cảnh cụ thể về thái độ và trải nghiệm cá nhân của các đối tượng nghiên cứu. Những nội dung này gồm việc làm, vấn đề di cư và nhập cư; kinh nghiệm về sốt rét, kiến thức, thái độ, các biện pháp dự phòng sốt rét; các yếu tố văn hoá, kinh tế – xã hội liên quan.

1.5.2. Phương pháp lấy mẫu

Khảo sát KAP (2005 đối tượng)

Việc chọn mẫu đối tượng tham gia gặp một số khó khăn, bao gồm khó khăn trong việc phân loại người cư trú. Lý do là ở tỉnh Bình Phước, người lao động từ nơi khác đến sinh sống một cách phân tán hoặc theo cụm; ở một số khu vực, người nhập cư sống chung thôn xóm với người dân địa phương. Ngoài ra, một số người nhập cư chỉ cư trú tại Bình Phước vào mùa thu hoạch, trong khi một số khác lại cư ngụ lâu hơn hoặc trở về nơi xuất cư mỗi năm một lần. Ngoài ra, không có một định nghĩa rõ ràng về người di cư, biến động (xem thêm trong ghi chú bên dưới). Vì vậy, rất khó để xác định số lượng hộ gia đình thuộc các nhóm dân di cư, di biến động.

Vi những lý do này, nhóm khảo sát quyết định tiến hành phỏng vấn tại nơi làm việc (trên rẫy và trong rừng) với sự hỗ trợ của nhân viên y tế địa phương và/hoặc cán bộ xã. Trong điều kiện không có định nghĩa và phân loại rõ ràng về các nhóm đối tượng nghiên cứu, những cán bộ này giúp xác định các cá nhân để phỏng vấn

dựa trên kiến thức thực tiễn địa phương. Ngoài ra, thông qua mạng lưới của họ tại địa phương, các cán bộ hỗ trợ đã giúp nhóm điều tra tiếp cận được các nhóm dân di biến động đa dạng, bao gồm nhóm cư ngụ tạm thời và nhóm lưu trú lâu dài, cũng như những người dân tại chỗ và người di cư sống và làm việc trong rừng và/hoặc qua lại biên giới.

Tất cả những người di cư, di biến động mà nhóm điều tra tiếp cận được tại nơi làm việc, đáp ứng tiêu chí về độ tuổi (trong độ tuổi từ 15 đến 70), đã cư ngụ tại xã ít nhất một tháng trở lên đều được nhóm phỏng vấn, cho đến khi đạt đủ số mẫu dự kiến (2000 mẫu).³³ Trên thực tế, dữ liệu cuối cùng gồm 2005 mẫu.

Bảng 2: Phân bố đối tượng được phỏng vấn tại sáu xã

Huyện	Xã	Số lượng phỏng vấn	Tỉ lệ (%)
Bù Gia Mập	Đăk Ô	416	21
	Bù Gia Mập	254	13
Bù Đăng	Đăk Nhau	366	18
	Bom Bo	302	15
Bù Đốp	Phước Thiện	403	20
	Thiện Hưng	264	13
Tổng		2,005	100

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Nghiên cứu sâu (300 đối tượng)

Với những lý do cần thiết thực hiện một nghiên cứu sâu ở quy mô nhỏ hơn đã nêu ở trên, nhóm nghiên cứu đã chú ý thiết kế mẫu gồm ba nhóm dân khác nhau tại xã Đăk Ô như sau:

- i) 150 đối tượng được chọn ngẫu nhiên từ 150 hộ gia đình là dân tại chỗ theo phương pháp lấy mẫu phân tầng: ba thôn (thôn 3, 4 và 10³⁴) được chọn ngẫu nhiên, xác suất chọn tỉ lệ thuận với quy mô dân số của thôn; sau đó 150 hộ lại được chọn ngẫu nhiên từ danh sách hộ gia đình của công an khu vực ở ba thôn kể trên theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Chủ hộ của 150 hộ gia đình này sẽ được chọn phỏng vấn nếu có. Nếu không có chủ hộ, nhóm điều tra sẽ phỏng vấn một thành viên khác trong gia đình có khả năng cung cấp thông tin.
- ii) 50 bệnh nhân sốt rét được xác định dựa trên danh sách bệnh nhân sốt rét điều trị tại Trạm y tế của xã trong vòng 12 tháng trở lại, từ tháng 8/2014 đến tháng 8/2015 (thời điểm tiến hành khảo sát). Nhóm bệnh nhân này gồm người di cư lẫn dân tại chỗ và là những người mà nhóm điều tra có thể liên lạc được. Đáng tiếc là quy trình hiện hành không ghi lại thông tin liên lạc của bệnh nhân một cách hệ thống, và ngay cả khi có thông tin liên lạc, rất nhiều thông tin không chính xác hoặc người bệnh không ở xã Đăk Ô vào thời điểm điều tra, do đó rất nhiều người từng điều trị sốt rét trong danh sách không thể liên lạc được. Mẫu nghiên cứu cũng bao gồm những bệnh nhân đã mắc sốt rét (trong vòng 12 tháng qua) được giới thiệu cho nhóm nghiên cứu trong quá trình phỏng vấn (vào tháng 8/2015). Khung thời gian này được xác định để đảm bảo cơ sở ca mắc sốt rét mới trong tổng số mẫu, nhằm phục vụ việc phân tích thống kê, do mẫu nghiên cứu sâu có kích cỡ nhỏ.

Đại đa phần bệnh nhân trong danh sách của Trạm y tế xã có địa chỉ tại xã Đăk Ô, dù rất nhiều trong số họ đến từ các nơi khác.³⁵ Tuy nhiên, do thông tin liên lạc với bệnh nhân hoặc không đầy đủ hoặc không chính xác, nhóm điều tra không thể chọn mẫu ngẫu nhiên dựa trên danh sách mà phải dựa vào cán bộ hướng dẫn để tiếp cận với các đối tượng phỏng vấn, và vì vậy chỉ có thể tiếp cận với bệnh nhân mà người hướng dẫn biết – và phần lớn là người địa phương. Vì lý do này, trong số 50 bệnh nhân được chọn phỏng vấn định lượng, chỉ có 5 bệnh nhân không phải là người thường trú tại xã (xem thêm phần giải thích phân loại hộ gia đình bên dưới). Việc đưa 50 mẫu này vào phân

33 Nếu trong một hộ gia đình có nhiều người đạt tiêu chí lựa chọn, nhóm nghiên cứu chỉ chọn một người đại diện phỏng vấn.

34 Ba thôn chọn để nghiên cứu được lấy từ danh sách 12 thôn ở Đăk Ô theo phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên dựa trên số hộ gia đình của từng thôn và số lượng thành viên của một hộ. Tổng cộng cả ba thôn có 753 hộ gia đình với 4.016 nhân khẩu trong tổng số 3.326 hộ và 14.626 nhân khẩu của xã Đăk Ô.

35 Không rõ địa chỉ những người đến khám cung cấp là địa chỉ tạm trú hay địa chỉ thường trú, nhất là trong trường hợp người di cư. Các cán bộ y tế địa phương cũng cho biết nhiều người di cư đến xã có xu hướng khai địa chỉ tạm trú tại xã Đăk Ô, do họ tưởng rằng nếu không phải là dân địa phương, họ sẽ không được điều trị miễn phí. Vì vậy, nhìn trên danh sách bệnh nhân của Trạm Y tế xã, phần lớn có vẻ như là dân tại chỗ.

tích có nguy cơ gây sai lệch kết quả thiên về nhóm dân tại chỗ trong một số phân tích. Trong các trường hợp này, báo cáo sẽ nêu rõ và giải thích chi tiết.

iii) 100 người di cư mà nhóm điều tra tiếp cận được tại nơi làm việc, trong các khu vực rừng trồng hoặc rẫy, nhờ sự hỗ trợ của cán bộ hướng dẫn địa phương (trưởng thôn/nhân viên y tế thôn bản/trưởng nhóm giám sát tại các rẫy, nông trường). Do một số hạn chế về thời gian, nhóm nghiên cứu buộc phải tiến hành nghiên cứu sâu vào mùa có ít người di cư đến Bình Phước. Vì vậy không dễ tìm được người di cư, di biến động để phỏng vấn. Do đó, tất cả các đối tượng dân di cư, di biến động mà nhóm tiếp cận được đều được chọn phỏng vấn.

Ghi chú:

- Mẫu nghiên cứu cuối cùng gồm 50 bệnh nhân sốt rét (11 nữ, 39 nam), 151 đối tượng được lựa chọn ngẫu nhiên (57 nữ, 94 nam) và 99 người nhập cư (32 nữ, 67 nam). Có sự thay đổi chút ít so với thiết kế ban đầu do nhóm khảo sát phỏng vấn đồng thời tại nhiều địa điểm khác nhau.
- Trong tổng số 300 người được hỏi trong mẫu, 137 người (45,7%) cho biết đã từng bị sốt rét. Trong số này, 20% bị mắc bệnh trong thời gian 1992 đến 2009. Để tránh sai lệch thông tin do hồi tưởng (recall bias), chỉ những người mắc sốt rét trong khoảng thời gian 2010 đến 2015 được đưa vào trong phân tích các ca sốt rét.

I.5.3. Ghi chú về khái niệm các nhóm dân di cư, di biến động

Khảo sát KAP sử dụng bốn nhóm để phân loại người di cư, di biến động: “người đi rừng/ngủ rẫy”, “người qua lại biên giới”, “lao động mùa vụ”, và “lao động thường xuyên”. Tuy nhiên, do thiếu định nghĩa cụ thể nên công tác phân loại các đối tượng trở nên khó khăn, nhất là khi một số đối tượng có thể thuộc cả hai nhóm (hoặc nhiều hơn).

Để giải quyết bài toán này, bộ câu hỏi nghiên cứu sâu đã bổ sung hai câu hỏi để lấy thông tin về tình trạng cư trú:

- Thời gian đối tượng tham gia nghiên cứu sinh sống liên tục trong xã³⁶
- Loại đăng ký cư trú.³⁷

Hai câu hỏi này khai thác một số khía cạnh khác nhau của vấn đề nhập cư. Một số người có thể đăng ký KT1 tại xã nhưng chỉ ở một thời gian ngắn vì họ thường xuyên đến sinh sống tại nơi khác vì các lý do khác nhau. Một số khác được phân loại là người nhập cư (KT2/KT3/KT4) có thể đã sống tại xã một thời gian dài và hoàn toàn hòa nhập vào cộng đồng địa phương. Một số đối tượng nghiên cứu không đăng ký lưu trú chính thức, do họ chỉ ở trong xã một thời gian ngắn, hoặc họ không thể hoàn tất thủ tục đăng ký.

Dù sao, trong bối cảnh sốt rét, tình trạng cư trú (KT) không quan trọng bằng thời gian và mục đích cư trú (công ăn việc làm) của họ ở xã. Vì vậy, để phục vụ việc phân tích, thời gian cư trú liên tục ở xã Đắk Ô được sử dụng làm tiêu chí phân loại người nhập cư:

- Những người cư trú liên tục dưới hoặc bằng 6 tháng được xếp vào nhóm “di biến động”;
- Những người cư trú liên tục trên 6 tháng đến 1 năm được xếp vào nhóm “di cư ngắn hạn”;
- Những người cư trú liên tục trên 1 năm đến 5 năm được xếp vào nhóm “di cư dài hạn”;
- Những người sinh ra tại địa phương hoặc cư trú liên tục trên 5 năm được xếp vào nhóm “dân tại chỗ”.

Phương pháp phân loại này được áp dụng ngược trở lại để phân tích dữ liệu của khảo sát KAP và dữ liệu nghiên cứu sâu. Như đã nói ở trên, câu hỏi trong khảo sát KAP về độ dài lưu trú không phân biệt những người cư trú liên tục tại xã từ một đến năm năm (dân di cư dài hạn) với những người sống trên năm năm (dân tại chỗ). Vì vậy, để phân tách hai nhóm đối tượng này, dữ liệu nơi sinh trong khảo sát KAP được sử dụng để phân biệt những người sinh ra tại xã – tức nhóm “dân tại chỗ” – với những người sinh bên ngoài xã – tức

36 Câu hỏi này đưa ra bốn lựa chọn: dưới 6 tháng; từ 6 tháng đến 1 năm; từ 1 đến 5 năm; trên 5 năm. Câu hỏi về thời gian cư ngụ trong bộ câu hỏi KAP chỉ đưa 3 lựa chọn.

37 Đăng ký cư trú được phân thành bốn loại. Xem bảng 18.

nhóm “di cư dài hạn”. Cũng cần lưu ý rằng việc tái phân loại dữ liệu KAP chỉ phản ánh được tính chất di biến động ở cấp độ xã (ví dụ giữa các xã) nhưng không thể hiện được sự di biến động trong nội bộ xã: một hộ gia đình có thể có hai nhà, nhà chính và nhà phụ trong cùng một xã.³⁸

I.5.4. Phương pháp khảo sát, nhập và kiểm tra dữ liệu và một số yếu tố đạo đức trong nghiên cứu

Việc thu thập dữ liệu trong khảo sát KAP được tiến hành từ tháng 12/2014 đến tháng 3/2015. Trước khi triển khai khảo sát, bộ câu hỏi định lượng được thử nghiệm với một nhóm 12 người là dân di cư, di biến động được lựa chọn ngẫu nhiên từ danh sách của công an địa phương.³⁹ Sau đó, nhóm khảo sát điều chỉnh bộ câu hỏi cho phù hợp hơn dựa trên kết quả thử nghiệm.

Nhóm khảo sát gồm cán bộ của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM, nhân viên y tế cấp tỉnh/huyện/xã và nhân viên y tế thôn bản và/hoặc trưởng thôn với vai trò người hướng dẫn. Các cán bộ hướng dẫn này cũng hỗ trợ công tác phiên dịch khi đối tượng phỏng vấn là người dân tộc thiểu số. Các thành viên nhóm khảo sát tiến hành phỏng vấn đối tượng nghiên cứu tại nơi làm việc hoặc tại nhà.⁴⁰ Quá trình nhập và kiểm tra dữ liệu được Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM thực hiện trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 4/2015.

Việc thu thập dữ liệu trong nghiên cứu sâu được Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM, chuyên gia xã hội học và IOM thực hiện vào tháng 8/2015. Bộ câu hỏi được thử nghiệm trong ngày đầu tiên với sáu đối tượng. Sau đó, bộ câu hỏi được rà soát và điều chỉnh cho phù hợp bối cảnh, bao gồm cả việc bổ sung một số hướng dẫn cho người phỏng vấn. Việc nhập và kiểm tra dữ liệu hoàn tất trong tháng 9/2015.

Thành viên nhóm khảo sát được tập huấn để sử dụng thiết bị GPS và cách nhập dữ liệu. Nhóm lấy tọa độ GPS tại mỗi địa điểm phỏng vấn. Cả trong khảo sát KAP và nghiên cứu sâu, đây đa phần là nơi làm việc hoặc/ và nơi sinh sống của đối tượng nghiên cứu. Đặc biệt trong nghiên cứu sâu, nhóm khảo sát được IOM và chuyên gia về GPS hỗ trợ cách ghi nhận sự di chuyển của các đối tượng nghiên cứu. Cụ thể, người phỏng vấn đề nghị đối tượng cung cấp hướng và khoảng cách ước đoán từ địa điểm phỏng vấn đến nơi làm việc hiện tại hoặc nơi làm việc trước đây.⁴¹ Hướng di chuyển được ghi lại bằng tọa độ (sử dụng la bàn điện tử) và khoảng cách được ghi lại bằng cây số (km). Sau đó, chuyên gia GPS dựa vào hai thông tin này để thể hiện các di chuyển lên bản đồ. Ban đầu, ý định của nhóm nghiên cứu là ghi lại toàn bộ các di chuyển của từng đối tượng nghiên cứu trong vòng 12 tháng trở lại, nhưng tính phức tạp của câu hỏi và giới hạn thời gian khiến cho nhóm khảo sát chỉ ghi lại được một di chuyển (nếu có) cho mỗi đối tượng. Chuyên gia GPS cũng hỗ trợ kiểm tra và mã hóa dữ liệu địa lý của hai cuộc khảo sát. Các bản đồ GPS trong báo cáo do IOM thực hiện với sự hỗ trợ kỹ thuật của bên tư vấn.

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được thông báo về mục tiêu, phương pháp, nguy cơ và lợi ích của cuộc khảo sát. Mọi người đều đồng ý tham gia bằng việc ký tên vào bản thỏa thuận tham gia tự nguyện và được thông báo có thể ngừng phỏng vấn vào bất kỳ thời điểm nào. Tất cả thông tin đều được bảo mật.

I.5.5. Một số hạn chế

Các thách thức lớn của nghiên cứu – việc cần thiết tiến hành thêm một nghiên cứu sâu để hiểu rõ hơn về kết quả của khảo sát KAP, và việc tái phân loại các nhóm dân trong mẫu – đã được đề cập ở phần trên. Cả hai thách thức này đều đã được giải quyết ở một mức độ nhất định thông qua nghiên cứu sâu. Tuy nhiên, còn một số hạn chế khác mà nghiên cứu gặp phải.

Thứ nhất, các nhóm dân di cư, di biến động thường di chuyển theo mùa vụ và không đăng ký cư trú. Thêm vào đó, họ thường cư trú/làm việc tại những vị trí khó tiếp cận. Do đó, không có số liệu thống kê chính xác về các nhóm dân này. Điều này khiến cho việc chọn mẫu xác suất không thể thực hiện được. Cả hai khảo sát KAP và khảo sát trong nghiên cứu sâu đều gặp khó khăn lớn trong việc làm sao để lấy mẫu mang tính đại diện cho các nhóm dân di cư, di biến động tại Bình Phước. Cả hai khảo sát đều không giải quyết được thách thức này,

38 Xem thêm phần 2.2.2 về nội dung này.

39 Để lựa chọn đối tượng tham gia thảo luận nhóm tập trung, người di cư, di biến động được định nghĩa là những người không có trong danh sách hộ khẩu thường trú của công an địa phương.

40 Rất nhiều người di cư, di biến động sống trong các lán trại tại nơi làm việc hoặc ở nhà/lán trại xa nơi làm việc. Mỗi hộ gia đình người di cư, di biến động có thể chỉ có một người hoặc có các thành viên khác trong gia đình đi cùng.

41 Tùy thuộc vào vị trí thực hiện phỏng vấn là nhà hay nơi làm việc.

vì không có cách nào thiết lập được khung mẫu chính xác. Việc chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống cũng không thực hiện được do không thể thiết lập được danh sách đầy đủ người di cư, di biến động có mặt tại các điểm nghiên cứu do tính chất di biến tạm thời, ngắn hạn và không chính thức. Chính vì vậy, không thể ước đoán chính xác số lượng người di cư, di biến động đang sinh sống tại các điểm nghiên cứu vào một thời điểm nhất định. Do vậy, chỉ có nhóm mẫu dân tại chỗ trong nghiên cứu sâu là áp dụng được phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống, các nhóm mẫu còn lại trong cả hai cuộc khảo sát đều sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện (convenience sampling) – cụ thể, người phỏng vấn hỏi bất kỳ đối tượng nào mà họ tiếp cận được và họ cho rằng có liên quan (là dân di cư, di biến động). Điều này đồng nghĩa với việc mẫu khảo sát KAP và nhóm mẫu người di cư, di biến động trong nghiên cứu sâu đều không mang tính đại diện. Một số hạn chế liên quan:

- Thiên kiến lựa chọn (selection bias): một phần do thiên kiến riêng của người phỏng vấn/cán bộ hướng dẫn, một phần do nhóm chỉ tiếp cận được với những người đang làm việc tại xã vào thời điểm khảo sát (tháng 12/2014 đến tháng 3/2015 đối với khảo sát KAP và tháng 8/2015 đối với nghiên cứu sâu). Số lượng dân di cư, di biến động tại Bình Phước thay đổi rất lớn tại các thời điểm khác nhau trong năm, thời điểm tiến hành khảo sát có thể không phải thời điểm thích hợp nhất để nghiên cứu. Ngoài ra, một số nhóm dân di cư, di biến động ở những vị trí rất khó tiếp cận, ví dụ những người làm việc sâu trong rừng.
- Sai số lấy mẫu: người được phỏng vấn có thể không phải là người di cư, di biến động.⁴²
- Trùng lặp đối tượng (một đối tượng nghiên cứu có thể được phỏng vấn hai lần bởi hai phỏng vấn viên khác nhau) – Trên thực tế, kiểm tra dữ liệu cho thấy nghiên cứu không gặp phải vấn đề này.⁴³

Thêm vào đó, 50 mẫu trong nhóm mẫu bệnh nhân sốt rét của nghiên cứu sâu cũng không mang tính đại diện, do nhóm khảo sát phải dựa hoàn toàn vào các cộng tác viên địa phương để xác định những bệnh nhân có thể tiếp cận được (xem thêm 1.5.2). Vì vậy, cần thận trọng khi phiên giải ý nghĩa kết quả các phát hiện liên quan đến các nhóm di cư, di biến động trong cả hai khảo sát cũng như nhóm bệnh nhân từng mắc sốt rét trong nghiên cứu sâu.

Thứ hai, câu hỏi về tiền sử nhiễm sốt rét trong khảo sát KAP chỉ cho thông tin về tiền sử mắc sốt rét chung của người trả lời (“đã từng mắc sốt rét”) mà không có khung thời gian tham chiếu cụ thể. Vì vậy không thể biết một đối tượng đã mắc (và đã điều trị khỏi) sốt rét vào năm vừa qua hay từ nhiều năm trước trong quá khứ, và do cả nguy cơ lây nhiễm sốt rét và chương trình phòng chống sốt rét quốc gia đều có nhiều thay đổi, các phân tích sâu dựa trên các ca bệnh này không mang lại nhiều ý nghĩa. Do vậy, báo cáo không đi vào phân tích sâu các dữ liệu này.

Khái niệm và phân loại nghề nghiệp có liên quan đến nguy cơ mắc sốt rét cũng đặt ra những khó khăn không nhỏ. Ví dụ, những người sống ở Đăk Ô thường làm nhiều loại công việc để mưu sinh - hoặc cùng một lúc (ví dụ một người làm tại rẫy gần rừng cũng có thể đi rừng làm thêm một số công việc khác để tăng thu nhập), hoặc theo vụ mùa (ví dụ một người làm sắn, rồi chuyển qua làm điều và sau đó chuyển qua làm cao su tùy theo vụ mùa). Ngoài ra, cùng một “loại” công việc có thể gồm nhiều khâu, mỗi khâu có mức độ phơi nhiễm sốt rét khác nhau. Cả hai khảo sát đều không tìm được một phương pháp hiệu quả để định nghĩa và phân loại nghề nghiệp trong mối quan hệ với nguy cơ mắc sốt rét. Vì vậy, báo cáo cũng không phân tích nội dung này.

Sau cùng, khảo sát trong nghiên cứu sâu được thực hiện vào tháng 8/2015, đúng vào mùa thấp điểm di cư. Vì vậy, nghiên cứu sâu không thu thập được dữ liệu liên quan đến những nhóm dân di cư, di biến động lớn, ví dụ các nhóm làm sắn, làm điều. Nghiên cứu sâu cũng giới hạn trong xã Đăk Ô với cỡ mẫu nhỏ. Vì vậy, việc phiên giải ý nghĩa các phát hiện phải đặt vào trong bối cảnh của xã. Ngoài ra, do cỡ mẫu nhỏ nên các phân tích không thể tách biệt các nhóm dân tộc thiểu số khác nhau, dù trong bộ câu hỏi ghi nhận chi tiết thông tin này. Vì vậy, trong phân tích, các nhóm dân tộc thiểu số khác nhau được gộp vào một nhóm “dân tộc thiểu số”.

42 Trong dữ liệu KAP có 4,4% nhóm dân di biến động (21 trên tổng số 480) và 12,7% nhóm dân di cư tạm thời (8 trên 63) sinh ra tại các xã được khảo sát và vì vậy có thể không phải là người di cư; 11,1% (11 trên 99) của nhóm mẫu người di cư trong nghiên cứu sâu cũng ở tình trạng tương tự.

43 Chỉ có bốn cặp mẫu trong dữ liệu KAP có cùng tên, năm sinh và tên xã. Tuy nhiên, tám mẫu này khác nhau về một số nội dung quan trọng. Do đó, tám mẫu này được coi là không trùng lặp và được giữ lại trong bộ dữ liệu cuối cùng.

2. KẾT QUẢ

Lưu ý về việc trình bày kết quả khảo sát KAP và nghiên cứu sâu

Để giúp người đọc dễ theo dõi, các dữ liệu và phát hiện chính trong khảo sát KAP và nghiên cứu sâu được trình bày thành hai phần riêng biệt. Tuy nhiên, như đã nói ở trên, nghiên cứu sâu được thiết kế để bổ sung và làm rõ kết quả khảo sát KAP. Vì thế, dữ liệu của hai hợp phần này có tính chất bổ sung cho nhau. Do đó, trường hợp các phát hiện từ nghiên cứu sâu (nhất là từ các cuộc phỏng vấn định tính) giúp bổ sung, làm rõ ý nghĩa của kết quả khảo sát KAP, các phát hiện này sẽ được đưa vào mục 2.1. Còn lại, các kết quả của nghiên cứu sâu được trình bày chính ở mục 2.2.

2.1. Các phát hiện từ khảo sát KAP ở sáu xã

2.1.1. Phân bố địa lý và đặc điểm kinh tế xã hội của người được phỏng vấn

Dữ liệu của mẫu được phân bố khá tốt giữa các nhóm đa dạng. Số người được phỏng vấn là nam giới nhiều hơn nữ giới, đặc biệt trong nhóm dân di cư, di biến động; người đã lập gia đình nhiều hơn người độc thân; nhiều người dân tộc Kinh hơn người dân tộc thiểu số, ngoại trừ nhóm dân tại chỗ với người dân tộc Stiêng chiếm đa số (đây là một trong các nhóm dân tộc thiểu số chính ở Bình Phước). Trình độ học vấn cao nhất của đa số người được phỏng vấn là trung học cơ sở (cấp một). Nhóm dân tại chỗ có trình độ văn hóa thấp nhất, đa phần học vấn cao nhất là cấp tiểu học. Khoảng 50% đến 70% người được phỏng vấn tại tất cả các nhóm, trừ nhóm dân tại chỗ, đều có thu nhập trung bình hàng tháng là từ ba đến năm triệu đồng. Đây là mức tương đối cao, so với tiền lương tối thiểu năm 2015 chỉ là 2.150.000 đồng. Đây có lẽ là lý do tại sao có số lượng lớn người di cư đến Bình Phước. Tỷ lệ đối tượng được phỏng vấn có ít nhất một con dưới năm tuổi chiếm số lượng lớn nhất trong nhóm di cư dài hạn và nhóm dân tại chỗ (tương ứng 41,5% và 61,8%), mặc dù trong nhóm di cư ngắn hạn và nhóm di biến động nhiều người cũng có con nhỏ. Tuy nhiên, không rõ các trẻ này có sống chung với đối tượng được phỏng vấn hay không. Tỷ lệ người từng mắc sốt rét cao nhất trong nhóm di cư dài hạn (32.6%) và dân tại chỗ (29.2%). Tỷ lệ mắc sốt rét thấp hơn trong nhóm di cư ngắn hạn và nhóm di biến động có thể do thời gian phơi nhiễm thấp hơn.

Bảng 3: Đặc điểm của các đối tượng được phỏng vấn trong khảo sát KAP (toàn bộ mẫu) (%)

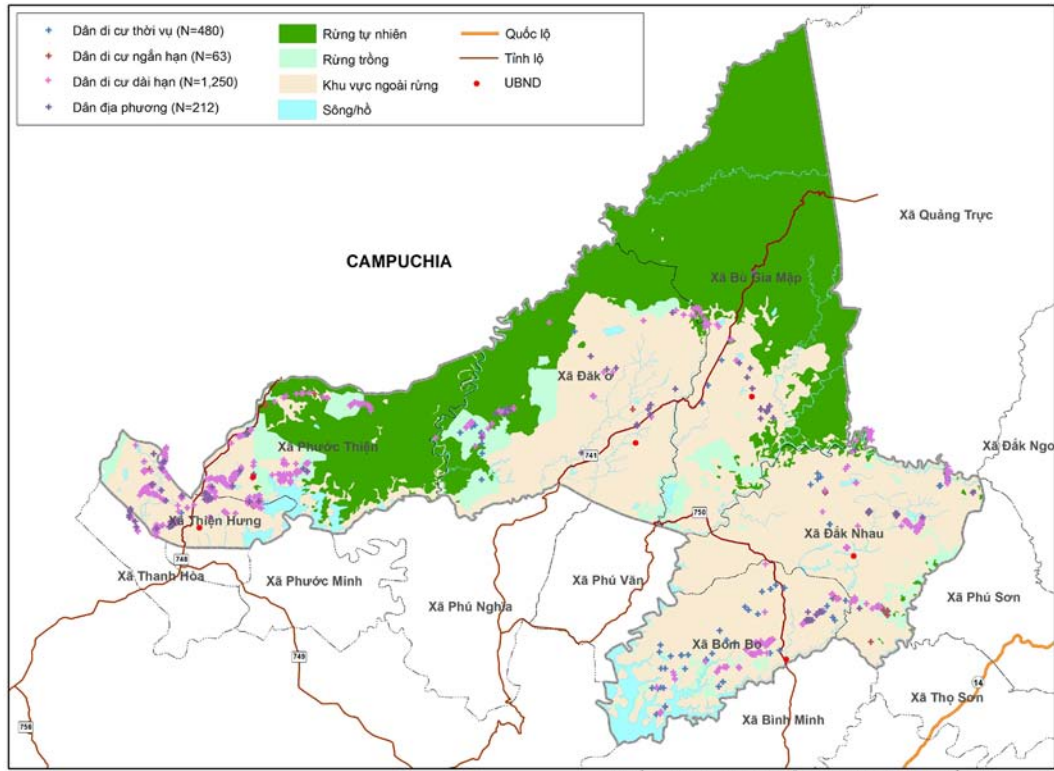
	Nhóm di biến động (N=480)	Nhóm di cư ngắn hạn (N=63)	Nhóm di cư dài hạn (N=1250)	Nhóm dân tại chỗ (N=212)	Tổng (2005)
Giới tính					
Nam	69.0	74.6	64.6	53.8	64.8
Nữ	31.0	25.4	35.4	46.2	35.2
Nhóm tuổi⁴⁴					
15-29	41.9	30.2	23.0	46.7	30.3
30-39	25.8	41.3	34.6	30.2	32.3
40+	32.3	28.6	42.3	23.1	37.5
Tình trạng hôn nhân					
Có gia đình	67.9	74.6	87.2	80.7	81.5
Độc thân	31.3	23.8	10.2	18.4	16.5
Ly hôn/ly thân hoặc góa	0.8	1.6	2.6	0.9	2.0
Dân tộc					
Kinh	67.7	66.7	60.5	19.8	58.1
Stiêng	17.1	12.7	13.7	50.0	18.3
M'ông	1.0	0.0	1.0	29.7	4.0
Khmer	4.8	7.9	1.5	0.5	2.4
Khác	9.4	12.7	23.4	0	17.2
Trình độ văn hóa					
Không biết chữ	17.1	12.7	14.8	34.9	17.4
Cấp một	26.0	31.7	34.4	35.8	32.5
Cấp hai	39.8	34.9	37.7	21.7	36.4
Cấp ba	16.0	14.3	11.1	7.1	12.0
Trên cấp ba	1.0	6.3	2.0	0.5	1.7
Thu nhập hàng tháng của người được phỏng vấn					
Dưới 3.000.000 đồng	23.8	39.7	25.2	60.9	29.5
3.000.000 đến 4.999.999	70.4	51.7	60.2	34.0	59.5
5.000.000 trở lên	5.9	8.6	14.7	5.1	11.0
Có con dưới năm tuổi⁴⁵					
Có	15.8	23.8	41.5	61.8	37.0
Đã từng bị sốt rét					
Có	13.8	20.6	32.6	29.2	27.4

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

44 Các nhóm tuổi được xác định dựa trên sự phân bố độ tuổi trong mẫu và theo chuẩn quốc tế (0, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29 v...v...). Ngoài ra, hai tiêu chí khác cũng được cân nhắc: (i) phải có đủ số mẫu đối tượng di biến động, di cư và dân tại chỗ trong từng nhóm tuổi để có thể phân tích (tiêu chí bắt buộc) và (ii) mỗi nhóm tuổi phải mang các đặc trưng kinh tế xã hội khác nhau: ví dụ nhóm tuổi thấp nhất thường là các thanh niên độc thân hoặc mới lập gia đình; nhóm trung niên là những người đã lập gia đình và có con khoảng năm tuổi hoặc lớn hơn; nhóm lớn tuổi thường có con đã trưởng thành (tiêu chí không bắt buộc).

45 Không rõ các trẻ này có sống chung với đối tượng được phỏng vấn hay không.

Bản đồ 4: Phân bố của đối tượng nghiên cứu trong khảo sát KAP theo khu vực địa lý và tình trạng di cư

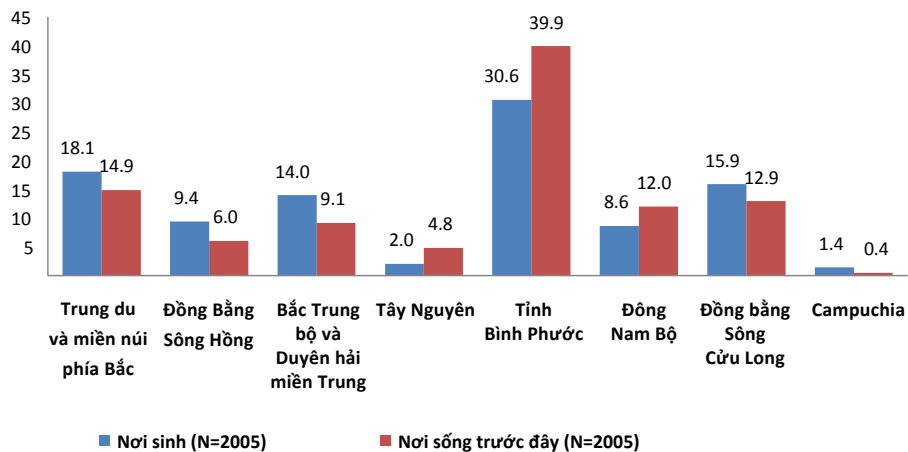


Nguồn: Bản đồ do IOM thực hiện dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

2.1.2. Nơi xuất cư và mức độ liên hệ với nơi xuất cư

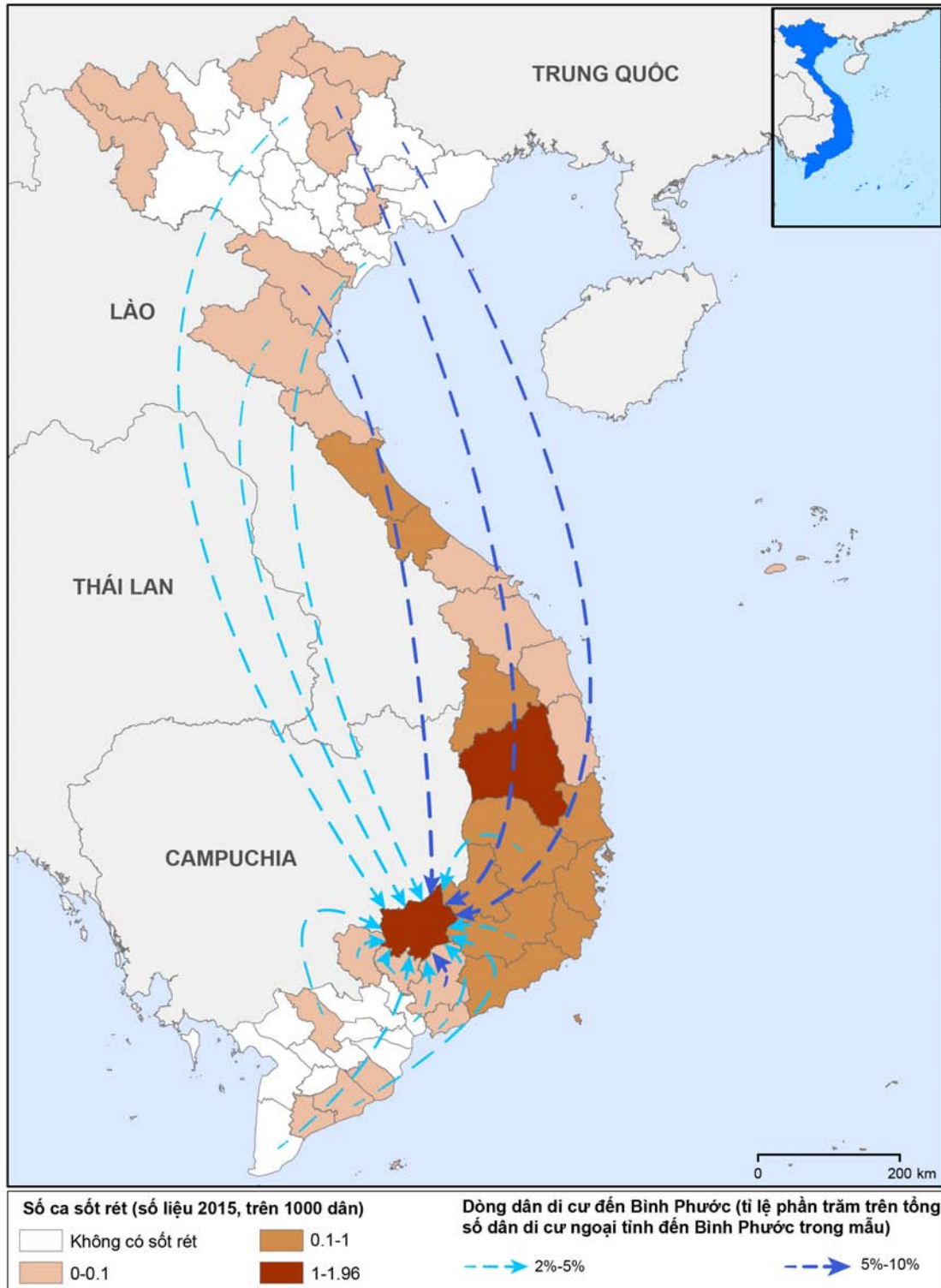
Dữ liệu cho thấy người di cư tới sáu xã trong nghiên cứu ở tỉnh Bình Phước đến từ khắp nơi trên toàn quốc, trừ một số tỉnh như Điện Biên, Lai Châu, Ninh Thuận, Phú Yên và Yên Bái (xem biểu đồ 3 và bản đồ 6 dưới đây). Trong số người trả lời câu hỏi (thuộc tất cả các nhóm), chỉ có 30,6% sinh tại tỉnh Bình Phước. Tuy nhiên, có 39,9% số người được phỏng vấn đến ở tại xã mà họ hiện cư trú từ các khu vực khác của tỉnh Bình Phước, điều này cho thấy xu hướng di dân nội tỉnh (di cư khoảng cách ngắn) khá lớn. Có 29 người được hỏi được sinh tại Campuchia.

Biểu đồ 3: Nguyên quán – nơi sinh và nơi sống trước đây



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Bản đồ 6: Các tỉnh tại Việt Nam với tỉ lệ lưu hành sốt rét và luồng di cư đến tỉnh Bình Phước



Nguồn: Bản đồ do IOM thực hiện dựa trên số liệu về di dân và sốt rét năm 2015 từ: Chính phủ Việt Nam. Bộ Y tế. CTQG PCSR. Báo cáo thường niên năm 2015. Khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014-2015.

Ghi chú: Mẫu khảo sát KAP bao gồm 1.205 người di cư liên tỉnh (di cư tới tỉnh Bình Phước từ các tỉnh khác), chiếm 60,1% tổng số mẫu điều tra (số còn lại di cư trong tỉnh Bình Phước). Những người di cư này đến từ khắp mọi miền ở Việt Nam (chỉ có năm tỉnh không có người di cư trong mẫu điều tra này, đó là các tỉnh Điện Biên, Lai Châu, Ninh Thuận, Phú Yên và Yên Bái). Bản đồ này chỉ thể hiện những nhóm di cư lớn nhất (những nhóm di cư chiếm ít nhất là 2% trong tổng số 1.205 người).

Phần lớn người trong nhóm di biến động và di cư ngắn hạn đến Bình Phước để làm việc. Chỉ có năm người thuộc nhóm di biến động và một người di cư ngắn hạn đến để tái định cư. Trong khi đó, 52,3%⁴⁶ người di cư dài hạn định cư tại Tỉnh và số còn lại đến để làm việc.

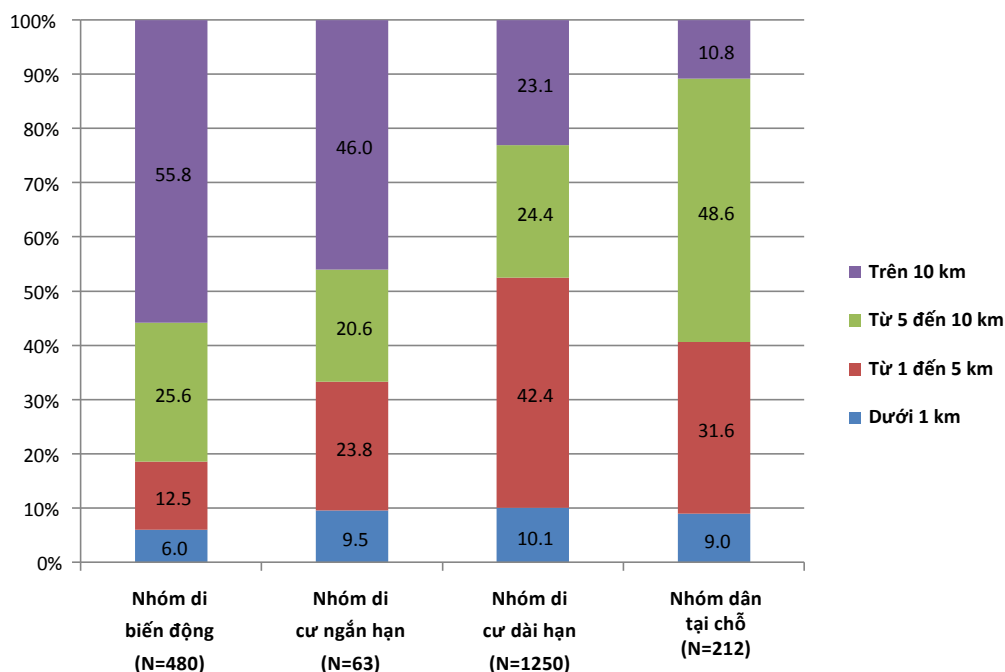
Nhóm di biến động giữ liên lạc chặt chẽ nhất với nơi xuất cư: 66% về thăm nhà ít nhất 6 tháng một lần, so với 55,2% người di cư ngắn hạn và 21,8% người di cư dài hạn.⁴⁷ Có 44% người di cư dài hạn về nhà mỗi năm một lần; tỉ lệ này ở trong nhóm di biến động là 26,7% và nhóm di cư ngắn hạn là 27,6%.

2.1.3. Mức độ tiếp cận dịch vụ và thông tin

2.1.3.1. Tiếp cận các dịch vụ về y tế

Nhóm di cư dài hạn và nhóm dân tại chỗ sống gần cơ sở y tế hơn những người được phỏng vấn khác, với khoảng hơn 40% trong hai nhóm này sống cách cơ sở y tế dưới 5km so với tỉ lệ 33,3% ở nhóm di cư ngắn hạn và dưới 20% ở nhóm di biến động (xem biểu đồ 4). Đồng thời, tỉ lệ người trong nhóm di biến động và di cư ngắn hạn sống cách cơ sở y tế trên 10km nhiều gấp hơn hai lần so với tỉ lệ tương ứng trong cả nhóm di cư dài hạn và nhóm dân tại chỗ.

Biểu đồ 4: Khoảng cách tới cơ sở y tế gần nhất



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

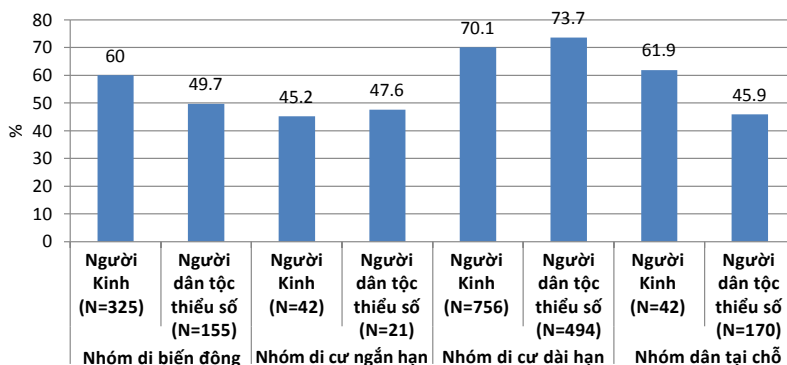
Người di cư dài hạn dường như được tiếp cận tốt nhất với các dịch vụ y tế của cán bộ y tế thôn bản: 71,5% người di cư dài hạn cho biết sống ở các nơi có y tế thôn bản trong khi đó chỉ có 56,7% người di biến động, 46% người di cư ngắn hạn và 49,1% người dân tại chỗ cho biết họ sống tại những khu vực có y tế thôn bản (xem biểu đồ 5). Có một điểm đáng chú ý là sự khác nhau giữa người dân tộc Kinh và người thuộc các dân tộc thiểu số trong nhóm di biến động và nhóm dân tại chỗ, đó là nhiều người Kinh (60% trở lên) hơn người dân tộc thiểu số (dưới 50%) được hỏi cho biết nơi họ sống có y tế thôn bản. Cần lưu ý rằng họ có thể sống trong thôn mà không hề biết đến việc thôn có y tế thôn bản: phân tích dữ liệu nghiên cứu sâu cho thấy chỉ 40,7% những người được phỏng vấn⁴⁸ nói rằng nơi họ sống có y tế thôn bản, mặc dù trong cả ba thôn của nghiên cứu sâu đều có cán bộ y tế thôn bản. Những người còn lại nói rằng nơi họ sống không có y tế thôn bản (19,2%) hoặc họ không biết có y tế thôn bản hay không (40,1%). Tình trạng thiếu thông tin về dịch vụ y tế địa phương có thể dẫn đến kết quả là phần lớn người dân không tiếp cận được với các dịch vụ này.

46 N=1250

47 Người di biến động: N=480; người di cư ngắn hạn: N=58 (5 trường hợp thiếu dữ liệu); người di cư dài hạn: N=1183 (67 trường hợp thiếu dữ liệu).

48 N=297.

Biểu đồ 5: Số người được hỏi cho biết nơi họ sống có y tế thôn bản, phân theo dân tộc



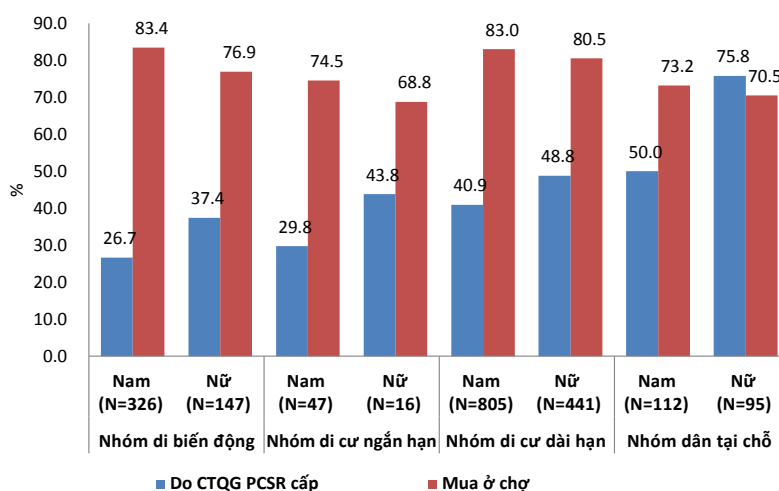
Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

2.1.3.2. Tiếp cận các dịch vụ phòng chống sốt rét: màn chống muỗi và phun thuốc diệt muỗi tồn lưu

Tại Việt Nam, CTQG PCSR phân phát màn tẩm hóa chất diệt muỗi qua cán bộ y tế tỉnh, huyện và xã. Người dân cũng có thể tự mua màn và được cán bộ y tế hỗ trợ tẩm hóa chất diệt muỗi trong khuôn khổ CTQG PCSR.

Biểu đồ 6 cho thấy màn chống muỗi của những người được phỏng vấn có được từ những nguồn nào.⁴⁹ Nhiều nam giới hơn nữ giới nói rằng họ mua màn (nhiều khả năng là màn không tẩm hóa chất diệt muỗi) ở chợ và nhiều nữ giới hơn nam giới nói rằng họ nhận màn (có tẩm hóa chất diệt muỗi) từ CTQG PCSR. Nhóm dân di biến động nhận được màn từ CTQG PCSR ít nhất, tiếp đến là nhóm di cư ngắn hạn; nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ nhận được màn tẩm hóa chất diệt muỗi từ CTQG PCSR nhiều nhất. Một số nhỏ⁵⁰ người được hỏi có được màn từ các nguồn “khác”, như từ quân đội, chủ lao động phát hoặc từ họ hàng.

Biểu đồ 6: Nguồn màn chống muỗi theo tình trạng di cư và giới tính (N=1989)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Tại các cuộc phỏng vấn sâu, một số người trả lời (nam nhiều hơn nữ) cho biết màn tẩm hóa chất diệt muỗi của CTQG PCSR kém chất lượng và quá nhỏ cho một gia đình lớn.

Xã cung cấp màn tẩm hóa chất diệt muỗi miễn phí, hai lần trong năm. Nhưng chất liệu sử dụng làm màn không được tốt, không mềm và mắt lưới quá to làm cho muỗi nhỏ có thể chui vào được bên trong. Chúng tôi vẫn thường sử dụng màn đó để đi bắt cá.

Nam 24 tuổi, dân tộc Stiêng. Phỏng vấn trong nghiên cứu sâu.

49 Gần 100% người được phỏng vấn nói rằng họ có màn; xem dưới đây.

50 13 người trả lời: một người di biến động và 12 người di cư dài hạn.



Màn tẩm thuốc diệt muỗi do CTQG PCSR cung cấp quá nhỏ và cứng, mắt lưới quá to nên muỗi nhỏ vẫn chui vào được (Ảnh: Vũ Mạnh Lợi).

Một số người khác được hỏi trong nghiên cứu sâu cũng cho biết chính quyền địa phương phun thuốc ở các điểm khác nhau trong xã để diệt muỗi. Tuy nhiên, một số ý kiến cho rằng chương trình chưa thật hiệu quả:

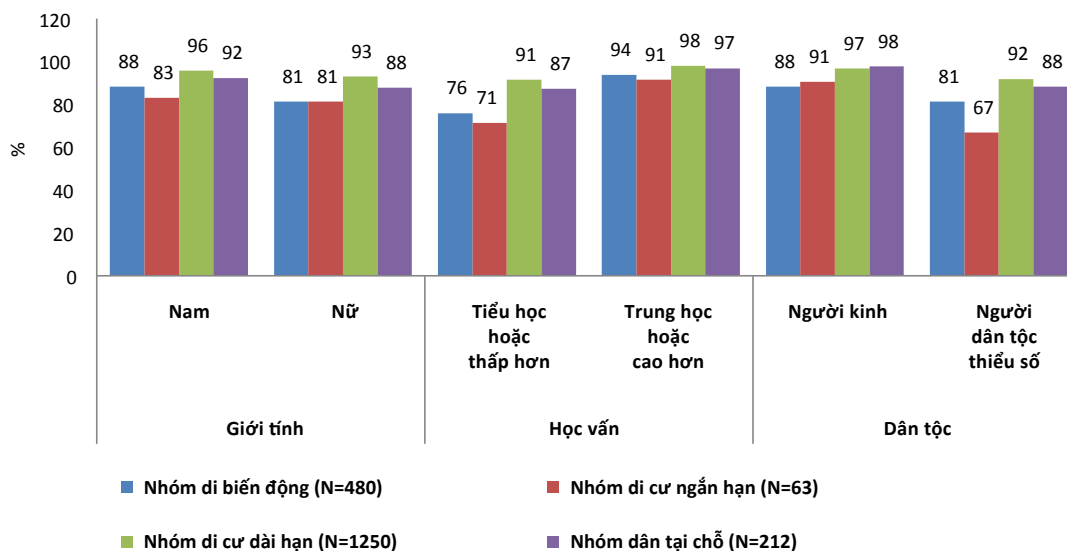
Ngày xưa [1999-2000], một năm cán bộ y tế xịt muỗi hai lần. Họ phun tất cả các khu vực xung quanh nhà, họ làm rất tốt - mùi thuốc vẫn còn lưu lại một thời gian sau khi phun! Nhưng bây giờ, không hiểu tại sao họ phun ít hơn. Năm ngoái họ chỉ phun có một lần, và cũng chỉ dọc theo đường lớn. Nhiều thôn không được phun. Hình như chỉ hình thức, đi phun muỗi cho vui thôi. Xịt đâu ngoài đường, cách mốc lộ giới xa, làm sao thuốc vào bụi được. Tẩm mùng cũng giảm rồi. Xưa tháng một lần, giờ giảm nhiều. Tôi ở thôn Đắk Lim ngay trung tâm, nhưng từ đầu năm đến giờ chưa tẩm lần nào.

Giáo viên tiểu học. Phỏng vấn trong nghiên cứu sâu.

2.1.3.3. Tiếp cận thông tin về sốt rét

Biểu đồ 7 cho thấy tỉ lệ người trả lời phỏng vấn đã từng nghe về bệnh sốt rét theo giới, học vấn và dân tộc.⁵¹ Nhìn chung, nhóm cư dân tại chỗ và dân di cư dài hạn có tỉ lệ từng nghe về bệnh sốt rét cao nhất. Ngoài ra, ở các nhóm: nam giới dường như có hiểu biết về bệnh sốt rét tốt hơn nữ giới; những người có trình độ trung học hoặc cao hơn hiểu biết nhiều hơn những người có trình độ học vấn thấp hơn; người Kinh hiểu biết nhiều hơn người dân tộc thiểu số. Cũng có thể sự hạn chế trong hiểu biết về sốt rét ở nhóm người di cư ngắn hạn và di biến động là do họ có thời gian sinh sống ngắn ở tỉnh (có thể họ chưa được truyền thông) và có thể vì họ đến từ những vùng không có dịch.

Biểu đồ 7: Tỉ lệ người trả lời đã từng nghe về bệnh sốt rét theo giới, học vấn và dân tộc



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Phân tích hồi quy (xem bảng 4) chỉ ra rằng có ba biến số có thể giúp dự đoán được khả năng một người đã từng nghe về bệnh sốt rét. Thứ nhất, người càng có học vấn cao thì khả năng họ đã từng nghe về bệnh sốt rét càng cao (khi các biến khác bằng nhau). Xác suất (tỉ số lệch – odds ratio) người được hỏi chưa học hết cấp ba đã từng nghe về bệnh sốt rét rất thấp so với người có trình độ học vấn cấp ba hoặc cao hơn. Thứ hai, xác suất người được hỏi đã từng nghe về bệnh sốt rét trong số những người nói rằng trong thôn của họ có y tế thôn bản cao hơn 6,182 lần so với những người trả lời trong thôn không có y tế thôn bản, các biến khác không đổi. Kết quả này chỉ ra rằng, y tế thôn bản có vai trò rất quan trọng trong việc nâng cao nhận thức về sốt rét. Thứ ba, thời gian cư trú cũng là một biến có vai trò dự đoán quan trọng đối với mức độ hiểu biết về sốt rét. Những người di biến động và di cư ngắn hạn thường ít nghe về sốt rét hơn người dân tại chỗ, và không có sự khác biệt lớn nào về xác suất giữa nhóm di cư dài hạn và người dân tại chỗ liên quan đến hiểu biết về bệnh sốt rét. Cuối cùng, tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, dân tộc và thu nhập dường như không ảnh hưởng nhiều đến nhận thức về sốt rét. Không có khác biệt quan trọng nào giữa nam và nữ, giữa người Kinh và người dân tộc thiểu số, giữa các nhóm tuổi khác nhau, giữa người đã lập gia đình và chưa lập gia đình, giữa người giàu và người nghèo liên quan đến nhận thức về bệnh sốt rét.

51 Câu hỏi số 16 trong Bảng hỏi KAP: “Anh /chị đã bao giờ nghe về bệnh sốt rét chưa?” đây là câu hỏi liên kết với các câu hỏi cụ thể về hiểu biết về bệnh sốt rét.

Bảng 4: Phân tích hồi quy đa biến: Những người đã từng nghe về bệnh sốt rét

Giới tính	
Nam	1.137
Nữ	1
Tuổi	
15-29	0.842
30-39	1.324
40+	1
Học vấn	
Không biết chữ	0.066***
Cấp một	0.143***
Cấp hai	0.329*
Cấp ba +	1
Tình trạng hôn nhân	
Độc thân	0.914
Đã từng kết hôn	1
Dân tộc	
Người Kinh	1.326
Dân tộc thiểu số	1
Thu nhập hàng tháng	
Dưới 3.000.000 đồng	1.46
3.000.000 đến 4.999.999	1.845
5.000.000 trở lên	1
Y tế thôn bản	
Không	0.149***
Có	1
Tình trạng di cư	
Nhóm di biến động	0.296***
Nhóm di cư ngắn hạn	0.259**
Nhóm di cư dài hạn	0.731
Nhóm dân tại chỗ	1

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Ghi chú: Bảng này trình bày các tỉ số lệch. Cho mỗi biến (ví dụ: trình độ học vấn), sẽ có một nhóm đối chiếu với tỉ số lệch bằng 1 (trong trường hợp này, học vấn cao nhất là nhóm đối chiếu). Tỉ số lệch của các nhóm khác được tính bằng cách lấy khả năng đã từng nghe về bệnh sốt rét chia cho khả năng chưa từng nghe về bệnh này bao giờ, so sánh với nhóm đối chiếu (tỉ số lệch = 1)

Khi tỉ số lệch của nhóm nhỏ hơn 1 nghĩa là người được phỏng vấn ít có khả năng đã từng nghe về bệnh sốt rét hơn những người trong nhóm đối chiếu. Khi tỉ số lệch lớn hơn 1 nghĩa là người được phỏng vấn có khả năng đã từng nghe về bệnh sốt rét nhiều hơn nhóm đối chiếu.

Ý nghĩa thống kê của các tỉ số lệch này được thể hiện bằng việc sử dụng các dấu hoa thị (*). Khi tỉ số lệch không có dấu hoa thị thì tỉ số lệch đó có ý nghĩa thống kê không đáng kể. Khi có dấu hoa thị, sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê đáng kể (nghĩa là ít có khả năng sự chênh lệch chỉ mang tính ngẫu nhiên). Một dấu hoa thị * nghĩa là xác suất 95% sự chênh lệch không phải ngẫu nhiên; hai dấu hoa thị ** nghĩa là xác suất 99% sự chênh lệch không phải ngẫu nhiên và 3 dấu hoa thị *** nghĩa là xác suất 99,9% sự chênh lệch không phải ngẫu nhiên.

Ví dụ: tỉ số lệch của nhóm “không biết chữ” trong biến “Học vấn” là 0,066 với ***. Có nghĩa là, so với nhóm có học vấn cấp ba hoặc cao hơn (nhóm đối chiếu) thì khả năng đã từng nghe về bệnh sốt rét của những

người không biết chữ chỉ bằng 0,066 lần so với người được hỏi trong nhóm đối chiếu (các biến khác của mô hình bằng nhau), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (chỉ có 0,01% xác suất kết quả là ngẫu nhiên). Kết quả này cũng có thể được thể hiện bằng tỉ lệ %: khả năng đã từng nghe về bệnh sốt rét của những người được hỏi bị mù chữ là 6,6% so với người có học vấn cấp ba hoặc cao hơn.

Những người được hỏi đã từng nghe về bệnh sốt rét được yêu cầu xác định nguồn thông tin.⁵² Như nêu ở bảng 5, ti vi và đài phát thanh là hai nguồn thông tin phổ biến nhất, tiếp theo đó là cán bộ y tế. Nhiều người di cư ngắn hạn cho biết họ nhận được thông tin từ cán bộ y tế, có lẽ vì họ đã sống tại cộng đồng đủ lâu (từ sáu đến 12 tháng) để cán bộ y tế biết và truyền thông hoặc họ tự tìm đến cán bộ y tế. Người di biến động chỉ ở xã trong thời gian rất ngắn, cán bộ y tế có thể không tiếp cận được họ. Đây có lẽ là lý do vì sao chỉ một số ít di dân biến động cho biết họ có thông tin từ cán bộ y tế. Thành viên trong gia đình, hàng xóm, báo chí cũng là những nguồn thông tin quan trọng đối với các nhóm.

Trong khi đó, dường như tờ rơi, sách hướng dẫn, pa nô chỉ đến được số ít các nhóm, cả nam lẫn nữ. Trường học và hiệu thuốc có vẻ không phải là kênh quan trọng trong việc cung cấp thông tin về sốt rét – cũng không có gì là ngạc nhiên trong trường hợp trường học, vì phần lớn người được hỏi đã qua tuổi đi học.

Có sự khác biệt rõ ràng về giới liên quan đến nguồn thông tin. Thành viên gia đình và hàng xóm dường như là những nguồn cung cấp thông tin quan trọng cho nữ giới hơn là nam giới trong nhóm dân di biến động, trong khi đó xu hướng ở ba nhóm khác thì ngược lại. Đài phát thanh có vẻ hiệu quả hơn với nữ giới so với nam trong nhóm di cư ngắn hạn, báo chí có hiệu quả với nữ giới hơn so với nam giới trong nhóm dân tại chỗ. Ti vi có vẻ có hiệu quả đặc biệt đối với nữ giới trong nhóm di biến động và di cư ngắn hạn, kể cả so với các nguồn thông tin khác lẫn so với nam giới trong nhóm. Tác động của cán bộ y tế đến các nhóm có sự khác biệt: nhiều nam giới ở nhóm di biến động và di cư dài hạn nhận thông tin từ nguồn này hơn so với nữ giới cùng nhóm, trong khi nhiều nữ giới ở nhóm di cư ngắn hạn và dân tại chỗ nhắc đến nguồn thông tin này hơn so với nam giới cùng nhóm.

Bảng 5: Nguồn thông tin về bệnh sốt rét trong số những người đã từng nghe về bệnh sốt rét (N=1840) (%) (có thể lựa chọn nhiều phương án)

	Nhóm di biến động		Nhóm di cư ngắn hạn		Nhóm di cư dài hạn		Nhóm dân tại chỗ	
	Nam (N=292)	Nữ (N=121)	Nam (N=39)	Nữ (N=13)	Nam (N=772)	Nữ (N=412)	Nam (N=105)	Nữ (N=86)
Thành viên gia đình	22.3	33.1	23.1	7.7	17.4	15.3	17.1	5.8
Hàng xóm	15.8	37.2	15.4	7.7	19	14.8	16.2	11.6
Đài phát thanh	44.9	30.6	35.9	53.8	55.2	48.8	34.3	20.9
Ti vi	61.3	63.6	56.4	69.2	54.9	47.6	50.5	45.3
Báo chí	23.6	11.6	20.5	7.7	13.5	9.2	3.8	9.3
Tờ rơi, áp phích, pa nô	5.1	0.8	7.7	15.4	8.3	6.1	5.7	2.3
Trường học	3.4	1.7	2.6	0	2.3	0.7	4.8	1.2
Cán bộ y tế	29.1	20.7	38.5	53.8	39.1	35.2	41	51.2
Nhà thuốc	3.1	0	0	0	0.6	0.7	1	0

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2014–2015.

Ghi chú: Chỉ có 6 người được hỏi chọn lựa chọn "khác", nhưng không ai xác định hoặc nhớ chính xác là nguồn nào.

52 Câu số 28 trong bảng hỏi KAP: "Anh/chị đã từng nghe hay nhận thông tin về bệnh sốt rét chưa?" Nếu câu trả lời là có, người phỏng vấn sẽ đưa một danh mục các lựa chọn, có thể chọn nhiều phương án. Ngoài ra, người phỏng vấn sẽ ghi lại nếu có phương án khác mà chưa có trong danh mục.



Pa nô truyền thông bên ngoài trạm y tế xã (Ảnh: Vũ Mạnh Lợi).

Một rào cản nữa trong việc nâng cao nhận thức về bệnh sốt rét cũng được chỉ ra trong nghiên cứu sâu. Theo cán bộ địa phương, trong thời gian cao điểm mùa vụ, rất khó để thực hiện các chương trình truyền thông hiệu quả vì người dân bận làm ăn, kiếm tiền.

Các hoạt động phòng chống sốt rét thường được thực hiện vào tháng 10 hoặc tháng 4, đây là các tháng cao điểm bận rộn của người lao động. Vào vụ mùa, không ai nghe các chương trình tuyên truyền về phòng chống sốt rét. Người dân biết [về phòng chống sốt rét] nhưng không thực hiện bởi họ quá tập trung vào công việc.

Lãnh đạo thôn. Thảo luận nhóm với lãnh đạo thôn, nghiên cứu sâu.

2.1.4. Kiến thức về bệnh sốt rét

Những người được hỏi nói rằng họ đã từng nghe về bệnh sốt rét được hỏi chi tiết về mức độ hiểu biết của họ.⁵³ Như có thể thấy tại bảng 6, nói chung, phần lớn người được hỏi có một số kiến thức cơ bản về sốt rét – mặc dù tỉ lệ người di cư ngắn hạn trả lời chính xác các câu hỏi về sốt rét thấp hơn đáng kể so với các nhóm khác. Hầu hết họ biết sốt rét có nguy cơ dẫn đến tử vong và/hoặc là bệnh có thể phòng ngừa và/hoặc nguyên nhân do muỗi đốt. Có ít người hơn, tuy vẫn chiếm đa số (ngoại trừ một số phụ nữ – xem bảng dưới đây) biết rằng ai cũng có thể mắc sốt rét và có thể nhận ra hai triệu chứng đặc thù của sốt rét.

Những người được hỏi nói rằng họ đã từng nghe về bệnh sốt rét được hỏi chi tiết về mức độ hiểu biết của họ. Như có thể thấy tại bảng 6, nói chung, phần lớn người được hỏi có một số kiến thức cơ bản về sốt rét – mặc dù tỉ lệ người di cư ngắn hạn trả lời chính xác các câu hỏi về sốt rét thấp hơn đáng kể so với các nhóm khác. Hầu hết họ biết sốt rét có nguy cơ dẫn đến tử vong và/hoặc là bệnh có thể phòng ngừa và/hoặc nguyên nhân do muỗi đốt. Có ít người hơn, tuy vẫn chiếm đa số (ngoại trừ một số phụ nữ – xem bảng dưới đây) biết rằng ai cũng có thể mắc sốt rét và có thể nhận ra hai triệu chứng đặc thù của sốt rét.

53 Những câu hỏi (17-21) nối tiếp câu 16 (anh/chị đã nghe về bệnh sốt rét bao giờ chưa?). Cho mỗi câu hỏi, người trả lời sẽ được cho một danh mục các phương án lựa chọn (cả lựa chọn đúng và không đúng về bệnh sốt rét) và họ có thể chọn nhiều lựa chọn, và nếu thêm lựa chọn ngoài nếu không có trong danh mục; hoặc họ có thể được hỏi xem một số câu nói là đúng hay sai (những lựa chọn cho câu hỏi này là: có, không, tôi không biết).

Bảng 6: Tỷ lệ người trả lời đã từng nghe về bệnh sốt rét và nắm được các kiến thức cơ bản về sốt rét

Trả lời đúng	Nhóm di biến động		Nhóm di cư ngắn hạn		Nhóm di cư dài hạn		Nhóm dân tại chỗ		Trung bình
	Nam (N=292)	Nữ (N=121)	Nam (N=39)	Nữ (N=13)	Nam (N=772)	Nữ (N=412)	Nam (N=105)	Nữ (N=86)	
Sốt rét do muỗi cắn	79.5	73.6	64.1	61.5	76.2	82	81.9	76.7	77.8
Sốt rét có thể gây tử vong nếu không điều trị đúng cách	89	81.8	89.7	61.5	91.7	87.4	85.7	81.4	88.6
Mọi người đều có nguy cơ bị sốt rét	78.1	71.9	53.8	61.5	51.4	43.4	63.8	57	56.3
Triệu chứng sốt rét (nhận biết hai triệu chứng đặc thù)	65.8	62	53.8	30.8	75.1	69.4	63.8	46.5	68.8
Sốt rét có thể phòng tránh được	89.4	80.2	76.9	69.2	88.5	87.1	78.1	73.3	86.1
Trả lời chính xác 4/5 câu hỏi	75	68.6	53.8	38.5	69.7	66.3	67.6	61.6	68.6

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Mặc dù những con số trên cho thấy nam giới nắm các kiến thức cơ bản về sốt rét tốt hơn nữ giới, nhưng phân tích hồi quy cho thấy giới không phải là biến số dự đoán chính xác về mức độ hiểu biết. Bảng 7 cho thấy kết quả phân tích một số biến. Biến độc lập là “mức độ hiểu biết về bệnh sốt rét”.⁵⁴

Mô hình 1 xem xét vai trò của các đặc điểm cá nhân chính, tình trạng di cư, và nguồn thông tin về bệnh sốt rét mà người trả lời có thể tiếp cận được. Mô hình này cho thấy mức độ hiểu biết về bệnh sốt rét của người trả lời phụ thuộc chính vào học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng di cư, và số nguồn thông tin họ có thể tiếp cận được. Tuy mức độ hiểu biết giữa người đã học xong cấp hai và người đã học xong cấp ba không có khác biệt đáng kể, hai nhóm này có hiểu biết tốt hơn hẳn so với những người chỉ học hết tiểu học và đặc biệt là cao hơn nhiều so với người không biết chữ. Những người đã lập gia đình có hiểu biết tốt hơn những người độc thân. Người di cư ngắn hạn có hiểu biết ít hơn đáng kể so với những người dân tại chỗ. Người di cư dài hạn có hiểu biết về bệnh sốt rét tốt hơn người di cư ngắn hạn nhưng cũng kém hơn so với người dân tại chỗ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người dân tại chỗ và người di biến động, đây là một kết quả đáng ngạc nhiên. Có thể người di biến động được phỏng vấn là những người đã đến tỉnh Bình Phước nhiều lần trong thời gian dài, họ được phân loại vào nhóm di biến động vì lần cư trú liên tục gần đây của họ chỉ trong thời gian ngắn. Nhóm di cư ngắn hạn có mức độ hiểu biết về bệnh sốt rét thấp nhất. Cuối cùng, với các biến khác bằng nhau, những người được phỏng vấn được tiếp cận với nhiều nguồn thông tin về sốt rét hơn có hiểu biết về sốt rét tốt hơn so với nhóm tiếp cận được ít nguồn thông tin hơn. Giới, tuổi, dân tộc, thu nhập, có con dưới năm tuổi (hay không) không có tác động đáng kể nào về mức độ hiểu biết về sốt rét. Nói cách khác, với các yếu tố khác bằng nhau, không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ, dân tộc thiểu số và dân tộc Kinh, giữa các nhóm thu nhập hoặc giữa người có hoặc không có trẻ dưới năm tuổi tại hộ gia đình.

Mô hình 2 phân tích vai trò của từng nguồn thông tin cụ thể trong việc phổ biến kiến thức về bệnh sốt rét (so với số lượng nguồn thông tin). Mô hình này một lần nữa cho thấy trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và tình trạng di cư là những yếu tố quan trọng tác động đến mức độ hiểu biết về sốt rét của người được phỏng vấn. Mô hình cũng chỉ ra rằng thành viên trong gia đình, hàng xóm, đài phát thanh, truyền hình, báo chí và cán bộ y tế có ảnh hưởng đáng kể trong việc phổ biến kiến thức về bệnh sốt rét. Trong số các yếu tố này, truyền hình và cán bộ y tế có tác động lớn nhất: mức độ hiểu biết của những người được nghe về sốt rét từ hai nguồn này cao gấp hai lần những người không được nghe về sốt rét từ các nguồn này.

54 “Mức độ hiểu biết về bệnh sốt rét” của người trả lời dựa trên số câu trả lời đúng với 5 câu hỏi: Sốt rét được lây truyền thế nào? Sốt rét có thể gây tử vong nếu như không được điều trị đúng cách hay không? Ai có thể có nguy cơ bị sốt rét? Những triệu chứng chủ yếu của sốt rét là gì? Sốt rét có thể được phòng ngừa không? Những người trả lời được ít nhất bốn trên năm câu (68,6% trong tổng số 2005 người trả lời đã từng nghe về bệnh sốt rét) được cho là có mức độ hiểu biết cao về sốt rét.

Vai trò hạn chế của trường học và các nhà thuốc trong việc phổ biến kiến thức về sốt rét đáng để suy nghĩ. Trường học có tiềm năng quan trọng trong việc nâng cao nhận thức của cả trẻ em và các bậc phụ huynh bằng cách lồng ghép truyền thông về sốt rét vào chương trình học của trường và các buổi họp phụ huynh, và thông qua sự tham gia của giáo viên vào hoạt động liên quan tới sốt rét trong cộng đồng. Cũng giống như vậy, các nhà thuốc cũng là nơi người dân tìm đến vì các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cũng có thể là điểm đến cho các hoạt động truyền thông kiểm soát sốt rét.

Bảng 7: Phân tích hồi quy đa biến: Hiểu biết về bệnh sốt rét

	Mô hình 1	Mô hình 2
Giới tính		
Nam	1.036	1.002
Nữ	1	1
Tuổi		
15–29	1.183	1.38
30–39	1.144	1.154
40+	1	1
Trình độ học vấn		
Không biết chữ	0.241***	0.355***
Tiểu học	0.379***	0.442***
Cấp hai	0.76	0.764
Cấp ba+	1	1
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	0.664*	0.640*
Đã từng kết hôn	1	1
Dân tộc		
Người Kinh	0.892	0.861
Dân tộc thiểu số	1	1
Thu nhập hàng tháng		
Dưới 3.000.000 đồng	0.742	0.646
3.000.000 đến 4.999.999	1.065	0.987
5.000.000 trở lên	1	1
Có trẻ em dưới năm tuổi		
Không	0.929	1.033
Có	1	1
Tình trạng di cư		
Nhóm di biến động	0.691	0.944
Nhóm di cư ngắn hạn	0.270***	0.316**
Nhóm di cư dài hạn	0.681*	0.694
Nhóm dân tại chỗ	1	1
Số lượng nguồn thông tin		
Ít hơn 3 nguồn	0.208***	–
3 nguồn hoặc hơn	1	–

	Mô hình 1	Mô hình 2
Nguồn thông tin		
Thành viên gia đình		
Có	–	1.638**
Không	–	1
Hàng xóm		
Có	–	1.794***
Không	–	1
Phát thanh		
Có	–	1.635***
Không	–	1
Ti vi		
Có	–	2.146***
Không	–	1
Báo chí		
Có	–	1.542*
Không	–	1
Tờ rơi, áp phích tuyên truyền		
Có	–	0.834
Không	–	1
Trường học		
Có	–	1.659
Không	–	1
Cán bộ y tế		
Có	–	2.216***
Không	–	1
Nhà thuốc		
Có	–	3.952
Không	–	1

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2014–2015.

Ghi chú: Bảng này thể hiện các tỉ lệ lệch của hai mô hình 1 và 2. Trong trường hợp này, tỉ lệ lệch của mỗi biến được tính bằng cách chia khả năng có mức độ hiểu biết cao về sốt rét cho khả năng có mức độ hiểu biết thấp về sốt rét, so sánh với nhóm đối chiếu (tỉ lệ lệch=1). Trong mô hình 2, nhóm đối chiếu cho từng nguồn thông tin là câu trả lời “không”.

Khi tỉ lệ lệch cho một nhóm thấp hơn 1, có nghĩa là mức độ hiểu biết của người được phỏng vấn trong nhóm này thấp hơn mức độ hiểu biết của người được phỏng vấn trong nhóm đối chiếu. Khi tỉ lệ lệch cho một nhóm cao hơn 1, có nghĩa là mức độ hiểu biết của người được phỏng vấn cao hơn nhóm đối chiếu.

Ví dụ, tỉ lệ lệch cho nhóm “không biết chữ” theo biến “Học vấn” tại Mô hình 1 là 0,241 với 3*** (có nghĩa là có 99,9% xác suất kết quả không phải ngẫu nhiên; xem giải thích ở trên). Điều đó có nghĩa là, so với những người có học vấn cấp ba hoặc cao hơn (nhóm đối chiếu), mức độ hiểu biết về bệnh sốt rét của những người không biết chữ chỉ bằng 0,241 lần so với những người ở nhóm đối chiếu (với các biến khác trong mô hình là bằng nhau), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê đáng kể. Sự khác biệt này cũng có thể thể hiện bằng %: mức độ hiểu biết của nhóm không biết chữ chỉ bằng 24% so với nhóm có trình độ học vấn cấp ba hoặc cao hơn.

Trong khi đó, phần lớn các nhóm, cả nam và nữ, đều cho rằng màn là một cách phòng bệnh sốt rét hiệu quả (xem bảng 8). Một tỉ lệ lớn nữ giới ở nhóm dân di biến động cho rằng phun thuốc là phương pháp hiệu quả, tỉ lệ này cũng ở mức nhất định trong các nhóm khác (cả nam và nữ). Nhiều nam giới trong nhóm di cư dài hạn biết rằng mặc quần áo dài tay giúp phòng ngừa sốt rét hiệu quả và nhiều nữ giới trong nhóm dân tại chỗ biết đốt lá cây tạo khói có thể giúp phòng tránh sốt rét. Tỉ lệ nữ di cư ngắn hạn biết rằng dọn sạch các góc nhà cũng như các bụi rậm xung quanh nhà có thể giúp tránh muỗi cao hơn đáng kể so với người trả lời

trong các nhóm khác. Dùng thuốc diệt muỗi và dọn sạch các bụi rậm là hai phương thức phòng bệnh được lựa chọn phổ biến thứ hai và thứ ba sau phương thức sử dụng màn.

Bảng 8: Hiểu biết về các biện pháp phòng ngừa sốt rét trong số những người biết sốt rét có thể phòng tránh, theo tình trạng di cư và theo giới (N=1597) (%) (có thể lựa chọn nhiều phương án)

	Nhóm di biến động		Nhóm di cư ngắn hạn		Nhóm di cư dài hạn		Nhóm dân tại chỗ	
	Nam (N=263)	Nữ (N=98)	Nam (N=30)	Nữ (N=9)	Nam (N=687)	Nữ (N=365)	Nam (N=82)	Nữ (N=63)
Màn chống muỗi	97	99	100	100	97.2	97.8	90.2	95.2
Áo dài tay	8.4	9.2	10	11.1	17.8	10.4	8.5	11.1
Đốt lá tạo khói	8.4	4.1	10	11.1	13.8	10.1	15.9	19
Thuốc diệt muỗi	28.5	44.9	20	11.1	21.8	20	20.7	9.5
Phát quang bụi rậm	16.7	13.3	23.3	55.6	35.2	24.9	23.2	12.7
Dọn quang các góc trong nhà	8.4	4.1	13.3	33.3	15	11.5	12.2	9.5

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Ghi chú: Người trả lời được cho một danh mục các lựa chọn (đúng), trong đó họ có thể chọn hơn một phương án, bao gồm cả phương án “tôi không biết”– chỉ có 9 người lựa chọn câu trả lời này.

Không có sự khác biệt lớn giữa người Kinh và người dân tộc thiểu số trong hiểu biết về cách thức phòng chống. Hơn 90% người Kinh và người dân tộc thiểu số nói rằng họ có sử dụng màn chống muỗi. Hiểu biết về các phương thức phòng chống khác thấp hơn, với chưa đầy 1/3 người Kinh và người dân tộc thiểu số kể các phương thức phòng chống khác ngoài màn. Hiểu biết về các cách phòng chống khác ngoài màn trong nhóm nữ dân tộc thiểu số thấp hơn so với nhóm nam dân tộc thiểu số. Ví dụ chỉ 12,7% phụ nữ dân tộc thiểu số biết các phương pháp dọn dẹp nhà ở và phát quang bụi rậm xung quanh nhà, so với tỉ lệ tương ứng là 24,5% ở nam giới dân tộc thiểu số.

Nhận thức sai về sốt rét: dữ liệu từ nghiên cứu sâu

Trong khi phần lớn những người được hỏi trong khảo sát KAP biết rằng bị muỗi đốt là nguyên nhân của sốt rét, khá nhiều người được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu vẫn hiểu một cách lẫn lộn, không rõ ràng nguyên nhân sốt rét, thậm chí ngay cả khi họ biết rằng màn chống muỗi và thuốc diệt muỗi là các phương thức hiệu quả để phòng chống sốt rét.

Ví dụ, có người cho rằng sốt rét là do cơ thể mệt mỏi khi làm việc quá sức:

[Người ta mắc sốt rét] vì đi làm nhiều, cái này chắc cũng không cần đi rừng đi rú đâu. Vì làm nhiều lúc thấy mệt mệt, làm nhiều quá tối về tắm rửa xong thấy nó lạnh lạnh, xong sáng mình đi làm tiếp như vậy sáng là nó [sốt rét] ra luôn á. Như thằng em vợ nè, [...] nó không cần làm cái gì, cứ lâu lâu đi làm về, sáng đi làm đến tối lại về cứ ra vô như vậy, đến khi bị sốt người ta cũng nói là sốt rét đó.

Một nam giới người địa phương, 24 tuổi, dân tộc Stiêng, đã bị sốt rét nhiều lần, lần gần nhất cách thời điểm phỏng vấn ba tháng. Phỏng vấn cá nhân.

Có người cho sốt rét là do ăn uống:

Theo tôi, sốt rét không phải do muỗi đốt, nhưng không hiểu vì sao tôi bị sốt rét... Trước kia tôi từng ăn rừng ở rẫy, uống nước lã và bị muỗi đốt nhiều có bị gì đâu, giờ bị có thể là do ăn thức ăn mua ngoài chợ. Thức ăn ngoài chợ bây giờ nhiều phân bón, thuốc trừ sâu lắm, giờ ăn chín uống sôi lại bị sốt rét. [...] Tôi không biết ai có nguy cơ cao bị sốt rét, sốt rét trúng ai thì trúng, ai bị sốt rét thì như trúng số vậy.

Một nam giới người địa phương, 54 tuổi, dân tộc Stiêng, mắc sốt rét cách thời điểm phỏng vấn hơn 1 năm. Phỏng vấn cá nhân.

Có nhiều người vẫn nhầm lẫn, không biết sốt rét là gì và nguyên nhân của sốt rét do đâu, một phần có lẽ bởi trong tiếng Việt, từ để chỉ bệnh sốt rét (malaria) là từ ghép gồm “sốt” và “rét”. Có rất nhiều người trả lời dùng từ “sốt” để chỉ bệnh “sốt rét”.

Là do bị cảm cúm rồi thành sốt rét... Chẳng qua nghi ngờ muỗi chích qua lại rồi lây sốt chứ thực chất là sốt nó không lây, nhưng cảm sốt thì nó lây. Sốt rét mà lây qua người chắc không có, cảm sốt mình nằm gần thì cái hơi của người này nó chuyển biến qua nó lây, chứ sốt rét chắc không có.

Một nam giới di cư dài hạn, 42 tuổi, dân tộc Kinh, bị sốt rét lúc khoảng 15 tuổi. Phỏng vấn cá nhân.

Ngay cả cán bộ địa phương cũng nhầm lẫn:

Ở địa phương này ai cũng bị sốt rét hết, [nhưng] gần đây người địa phương bị nhiều hơn... Đồng bào gọi là “sốt xuất huyết”... Tôi bị hai, ba lần từ đầu năm, không biết do có sẵn rồi hay ở đâu trong không khí. Gọi là “sốt siêu vi”.... “sốt rét” và “sốt siêu vi” là một.

Nam trưởng thôn. Thảo luận nhóm tập trung với các trưởng thôn.

2.1.5. Thực hành phòng chống bệnh sốt rét



Nhiều người mặc quần áo dài để bảo vệ khỏi bị muỗi đốt khi đi rừng ở xã Đăk Ô (Ảnh: Vũ Mạnh Lợi).

Bảng 9 mô tả các phương pháp phòng chống sốt rét mà người được hỏi áp dụng trong thực tế (so với các phương pháp người được hỏi biết đến, xem bảng 8 ở trên), trong đó dùng màn là thực hành phổ biến nhất,⁵⁵ tiếp theo là dùng nhang muỗi. Dân di biến động (đặc biệt là phụ nữ) thường sử dụng nhang muỗi hơn. Chỉ một số rất ít người được phỏng vấn dùng các phương pháp khác. Ngoài màn và nhang muỗi, phụ nữ thuộc nhóm di cư ngắn hạn không sử dụng phương pháp nào khác.⁵⁶ Tỷ lệ phụ nữ ở tất cả các nhóm sử dụng túi ngủ ít hơn nhiều so với nam giới. Dữ liệu định tính từ nghiên cứu sâu cho thấy hầu như không có ai sử dụng kem xua muỗi vì tốn kém, đặc biệt vì tại địa bàn này, nếu dùng người ta sẽ phải dùng liên tục và lâu dài.

Thuốc xua muỗi không có mấy, chỉ có mấy người mua riêng thôi, tốn kém lắm. Chỉ cần vài năm là kháng thuốc ngay.

Lãnh đạo xã. Thảo luận nhóm với lãnh đạo xã, nghiên cứu sâu.

Theo nghiên cứu sâu, nhang muỗi phổ biến hơn bởi nó phù hợp với mức thu nhập và thuận tiện, đặc biệt với những người làm cao su.

Công nhân cao su làm đêm, một, hai giờ sáng. Họ bắt buộc phải sử dụng các biện pháp chống muỗi. Cá nhân tự lo, tự mua nhang muỗi cài vào mũ. Một hộp nhang giá 10.000 đồng. Chỉ người cạo mũ cao su làm được vì lao động tương đối tĩnh, làm sẵn không dùng nhang được [vì phải đi lại nhiều].

Lãnh đạo xã. Thảo luận nhóm với lãnh đạo xã, nghiên cứu sâu.

55 Đây là câu trả lời cho câu hỏi số 22 trong bảng hỏi KAP, tiếp theo câu 16–21, xem ở trên. Trong trường hợp này, câu hỏi không phân biệt giữa màn tẩm hóa chất diệt muỗi và màn không tẩm hóa chất. Người trả lời được cho một danh mục các lựa chọn (đúng), trong đó họ có thể chọn nhiều hơn một phương án. Lựa chọn bao gồm cả “Không làm gì” và “Khác (nêu cụ thể)”.

56 Trong số 16 phụ nữ di cư ngắn hạn đã từng nghe về bệnh sốt rét, 15 người sử dụng màn hoặc nhang muỗi; một người trả lời “tôi không biết”.

Bảng 9: Các thực hành phòng chống sốt rét của người được phỏng vấn, theo tình trạng di cư và theo giới (%) (có thể lựa chọn nhiều phương án)

	Nhóm di biến động		Nhóm di cư ngắn hạn		Nhóm di cư dài hạn		Nhóm dân tại chỗ	
	Nam (N=331)	Nữ (N=149)	Nam (N=47)	Nữ (N=16)	Nam (N=807)	Nữ (N=443)	Nam (N=114)	Nữ (N=98)
Màn chống muỗi	97.6	98.7	100	93.8	99.5	98.9	97.4	96.9
Nhang muỗi	22.4	28.2	14.9	6.3	19.8	16	14.9	17.3
Túi ngủ	6.3	2.7	6.4	0	4.2	0.9	5.3	1
Đốt lửa tạo khói	6.3	4	10.6	0	10.2	7.9	14	14.3
Kem xua muỗi	5.4	2	2.1	0	8.1	5	3.5	1
Đóng cửa ra vào và cửa sổ	0.6	0	4.3	0	2.7	1.4	3.5	1
Lắp lưới ở cửa sổ	0.3	0	2.1	0	0.9	0.7	0	1
Không làm gì	3.9	8.7	10.6	0	3.7	3.4	5.3	9.2

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2014–2015.

Ghi chú: Một số người lựa chọn phương án “khác”: 25 người di biến động, 6 người di cư ngắn hạn, 74 người di cư dài hạn và 20 người dân tại chỗ. Những người dân tại chỗ nói “tôi không biết”. Những người khác có một số câu trả lời khác nhau, hoặc họ nói “không biết” hoặc nói: ăn uống vệ sinh (chỉ có người di cư dài hạn nêu phương án này; đây không phải phương án đúng); diệt muỗi bằng vợt điện; diệt ấu trùng muỗi; loại bỏ nguồn nước đọng; sử dụng quạt điện xua muỗi; đắp chăn (phương pháp này không hiệu quả lắm); sử dụng võng với màn; tránh ngủ trên rẫy.

Dữ liệu cũng được phân tích theo trình độ học vấn và dân tộc. Một lần nữa, sử dụng màn là phương pháp phổ biến nhất, sau đó là nhang muỗi. Các phương pháp khác rất ít được sử dụng. Người được hỏi với học vấn cao hơn có khuynh hướng sử dụng một trong hai phương pháp này nhiều hơn người có học vấn thấp. Xu hướng này cũng đúng với cả nam và nữ của hai nhóm dân tộc Kinh và dân tộc thiểu số, mặc dù mức độ sử dụng cả hai phương pháp này của người Kinh cao hơn nhưng người Kinh và người dân tộc thiểu số có học vấn cao hơn sẽ sử dụng hai phương pháp thường xuyên hơn người có học vấn thấp trong nhóm tương ứng.

Thêm vào đó, phần lớn những người được hỏi trong mẫu khảo sát định lượng của nghiên cứu sâu cho biết họ sử dụng ít nhất một biện pháp bảo vệ khỏi muỗi đốt khi ngủ đêm ngoài rừng (xem bảng 10 dưới đây). Tuy nhiên, trong các phỏng vấn sâu của nghiên cứu, những người nói họ không sử dụng bất kỳ phương pháp nào cũng không phải là hiếm:

Làm mùa mì [...] muỗi cắn nhiều nhất. Mùa mì là ngủ lại trong rẫy, thường một tuần về nhà một lần. Từ nhà đến đó xa lắm, tận trong bìa rừng. Mỗi lần làm mì không trang bị nhang muỗi, không trang bị thuốc xịt muỗi, không mang theo màn, chỉ mang theo võng và chăn đắp. Không thích bôi các kem chống muỗi vì không quen bôi và không có tiền mua. [...] Ở nhà thì có ngủ màn, màn được treo trong buồng từ sáng đến tối.

Nam 22 tuổi, dân tộc Stiêng. Phỏng vấn cá nhân, nghiên cứu sâu.

Bảng 10: Nghiên cứu sâu: Tỷ lệ người được hỏi sử dụng các phương pháp phòng bệnh sốt rét khi ngủ trong rừng (N=131) (%) (có thể chọn nhiều phương án)

	Nhóm di biến động (N=14)	Nhóm di cư ngắn hạn (N=17)	Nhóm di cư dài hạn (N=13)	Nhóm dân tại chỗ (N=87)
Màn không tẩm hóa chất	21.4	52.9	38.5	29.9
Màn tẩm hóa chất diệt muỗi	50.0	52.9	61.5	39.1
Kem xua muỗi	0	5.9	7.7	3.4
Khác (người được hỏi nêu chi tiết): bạt, võng có/không có màn, nhang muỗi	35.7	17.6	15.4	14.9

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2014–2015.

Ghi chú: Đối với câu hỏi này (câu 3.2 của nghiên cứu sâu), với mỗi phương pháp, người trả lời cho biết họ có sử dụng phương pháp đó không, nếu có, có thường xuyên không (luôn luôn dùng hay thỉnh thoảng dùng). Có một người di biến động, một người di cư ngắn hạn và 17 người dân tại chỗ cho biết không sử dụng biện pháp phòng chống nào.

Ngay cả khi người dân sử dụng màn trong lúc làm việc trong rừng, màn cũng không thể bảo vệ hoàn toàn khỏi muỗi đốt, do một số công việc đòi hỏi người dân phải dậy làm việc từ sáng sớm, thời điểm hoạt động mạnh nhất trong ngày của muỗi Anophen. Trong khi đó, các biện pháp phòng chống khác đôi khi cũng không thực tế hoặc không hiệu quả. Ví dụ người làm sắn có nguy cơ mắc sốt rét rất cao:

Nếu đi làm mùa mì thì bị muỗi cắn nhiều lắm. Khi đang làm có thể ít bị muỗi cắn, nhưng khi đi ngủ thì rất nhiều muỗi. Mọi người ở chỗ làm có đốt lửa nhưng không giảm bao nhiêu. Công đoạn nhổ mì thường bắt đầu làm từ lúc khoảng 4 giờ sáng – lúc này thì muỗi rất nhiều. Trong khi đang làm, mọi người ở đây hay ở trần để làm cho mát vì rất nóng, tôi nghĩ muỗi cắn không có chết, kệ muỗi cắn.

Nam 22 tuổi, dân tộc Stiêng. Phỏng vấn cá nhân, nghiên cứu sâu.

Tương tự, những người tắm suối lúc trời tối không thể dùng các phương pháp phòng chống sốt rét truyền thống và vì vậy không tránh khỏi bị phơi nhiễm. Theo dữ liệu định tính từ nghiên cứu sâu, người dân sống tại những vùng thiếu nước (giếng) có nguy cơ cao, đặc biệt phụ nữ vì không muốn tắm ngoài trời vào ban ngày (do e ngại) và nam giới đi tắm sau khi kết thúc công việc muộn.

Màn chống muỗi

Số liệu tại bảng 11 dưới đây cho thấy gần như tuyệt đại đa số người trả lời ở tất cả các nhóm di cư hay dân tại chỗ đều có màn. Tuy nhiên, khá nhiều người ở cả nam giới và nữ giới sử dụng màn không tẩm thuốc diệt muỗi, nhóm di cư ngắn hạn và di biến động dùng loại màn này nhiều hơn nhóm dân tại chỗ và di cư dài hạn. Nhóm dân di cư dài hạn có màn tẩm thuốc diệt muỗi do xã cung cấp hoặc màn được cán bộ y tế tẩm thuốc diệt muỗi nhiều nhất, trong khi nhóm di biến động ít có các loại màn này nhất. Phụ nữ trong tất cả các nhóm thường sử dụng màn tẩm thuốc nhiều hơn nam giới. Một tỉ lệ nhỏ người dân trong các nhóm có sử dụng võng có màn⁵⁷, ngoại trừ nam giới di cư ngắn hạn. Theo ý kiến của một số người dân được hỏi, loại võng có màn này tiện lợi và có hiệu quả mặc dù khá đắt (khoảng 300.000 đồng một bộ).

Bảng 11: Những người có màn và sử dụng màn chống muỗi theo tình trạng di cư và giới (%)

	Nhóm di biến động		Nhóm di cư ngắn hạn		Nhóm di cư dài hạn		Nhóm dân tại chỗ	
	Nam (N=331)	Nữ (N=149)	Nam (N=47)	Nữ (N=16)	Nam (N=807)	Nữ (N=443)	Nam (N=114)	Nữ (N=98)
Gia đình có [ít nhất] 1 màn chống muỗi ⁵⁸	98.5	98.7	100	100	99.8	99.5	98.2	96.9
Những người được phỏng vấn có 1 hoặc hơn 1 màn chống muỗi được yêu cầu lựa chọn từ các phương án sau (được lựa chọn nhiều phương án):								
Sử dụng màn không tẩm thuốc	77.9	71.8	66	50	46.2	41.3	43	28.6
Sử dụng màn được cán bộ y tế tẩm thuốc diệt muỗi	16.9	24.8	23.4	25	48.7	50.8	33.3	38.8
Sử dụng màn tẩm thuốc diệt muỗi do xã cấp	13.3	15.4	19.1	43.8	30.9	35.2	42.1	66.3
Sử dụng võng màn	12.1	0.7	0	6.3	8.4	4.1	6.1	1

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Phần lớn người được hỏi đều nói rằng tất cả các thành viên gia đình họ đều sử dụng màn. Tuy nhiên, tỉ lệ trả lời như vậy ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới. Thói quen uống rượu bia (và hậu quả là say rượu) ở nam giới thường được đề cập đến trong các cuộc phỏng vấn sâu như một yếu tố làm tăng nguy cơ bị muỗi đốt:

57 Màn này không được phân phối bởi CTQG PCSR, nhưng có thể được tẩm thuốc diệt muỗi sau khi mua.

58 Liên quan tới câu hỏi số 23, gồm 2 phần: gia đình bạn có màn chống muỗi không? Nếu có, bao nhiêu cái? Các dữ liệu này liên quan đến phần đầu của câu hỏi.

Ở đây nhiều muỗi lắm, nếu ngủ không có mùng thì chịu không được đâu. Thỉnh thoảng không sử dụng mùng khi ngủ, quên mắc, chứ bình thường thì em vẫn mắc ngủ.

Nam thanh niên 20 tuổi, dân tộc Kinh. Phỏng vấn cá nhân, nghiên cứu sâu.

Trong số những người được hỏi thường xuyên ngủ trong rừng, người di cư ngắn hạn và di biến động thường sử dụng màn nhất: lần lượt 91,8 % (N=243) và 75% (N=40) trong hai nhóm này nói rằng họ thường mang theo màn khi vào rừng, trong khi đó chỉ có 61% nhóm di cư dài hạn (N=724) và 58,6% nhóm dân tại chỗ (N=99) mang theo màn khi vào rừng. Có sự khác nhau đáng kể về giới trong nhóm di cư dài hạn, có 66,1% nam giới mang màn trong khi con số này với nữ giới chỉ có 50%. Ở các nhóm còn lại không có sự khác biệt đáng kể về giới. Những người có học vấn cao hơn ở tất cả các nhóm có vẻ như mang màn nhiều hơn khi họ ở lại trong rừng. Điều này đặc biệt đúng với nhóm di cư dài hạn, có 53,3% số người được hỏi có học vấn tiểu học hoặc thấp hơn (N=351) và 68,4% số người được hỏi có học vấn hết cấp ba hoặc cao hơn (N=373) nói rằng họ có mang theo màn khi đi rừng. Có vẻ như có mối liên hệ giữa tỉ lệ thấp số người mang theo màn khi đi rừng ở nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ và trình độ học vấn khá thấp của họ so với nhóm di biến động và di cư ngắn hạn. Ngoài ra, như đã đề cập ở trên, dữ liệu từ nghiên cứu sâu cho thấy màn chống muỗi được sử dụng khi ngủ qua đêm trong rừng không phải lúc nào cũng là màn tẩm hóa chất diệt muỗi.

2.1.6. Thói quen chăm sóc sức khỏe và điều trị

Cần lưu ý rằng các dữ liệu và phân tích dưới đây có thể không phản ánh được thói quen chăm sóc sức khỏe và điều trị sốt rét hiện tại vì câu hỏi không xác định khung thời gian mắc sốt rét. Những bệnh nhân sốt rét trong các phân tích ở phần này gồm tất cả những người đã từng bị sốt rét, đây có thể là những ca sốt rét hiện đang mắc phải, mắc phải gần đây hoặc đã mắc lâu trong quá khứ.

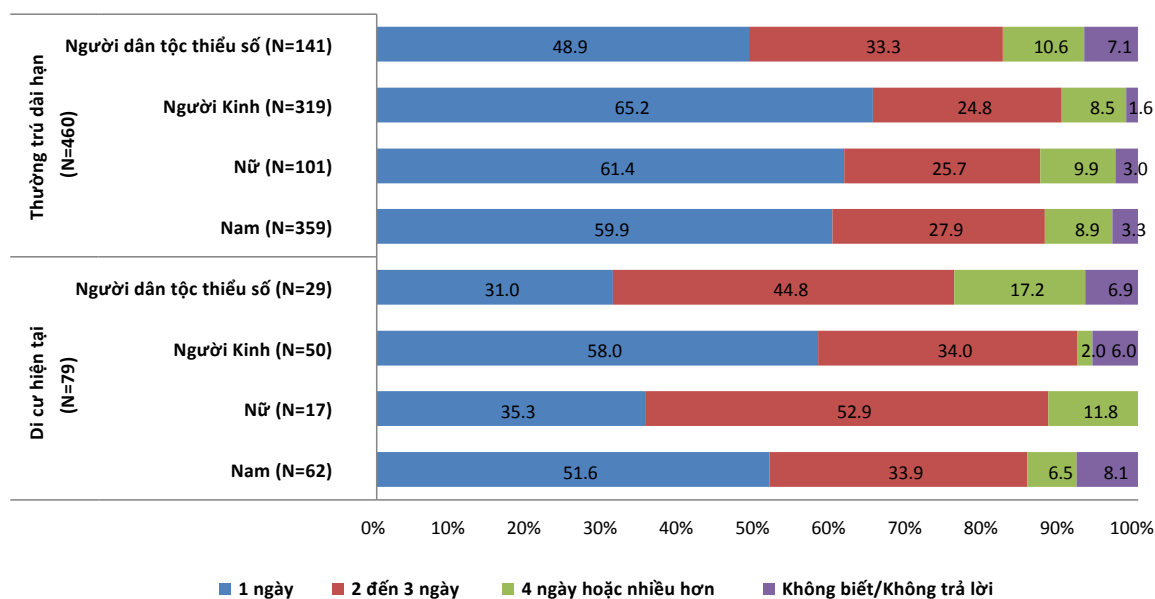
Tổng cộng có 66 người di biến động (13,8%), 13 người di cư ngắn hạn (20,6%), 408 người di cư dài hạn (32,6%) và 62 người dân tại chỗ (29,2%) nói rằng đã từng mắc sốt rét. Tuy nhiên, do câu hỏi không xác định khung thời gian rõ ràng, yếu tố hồi tưởng (recall bias) có thể làm sai lệch phần nào kết quả. Một yếu tố khác có thể gây ảnh hưởng đến kết quả là khả năng người được hỏi nhầm lẫn giữa sốt rét và sốt thông thường (xem phần 2.1.4). Vì những lý do này, cần có thêm nghiên cứu để xác định chính xác hơn tỉ lệ mắc sốt rét trong các nhóm di cư và dân tại chỗ.

Do dữ liệu tương đối nhỏ, các ca sốt rét được gộp thành hai nhóm thay vì bốn nhóm thông thường để thuận tiện cho việc phân tích, và việc gộp dữ liệu chỉ áp dụng duy nhất trong phần này của báo cáo. Các ca sốt rét thuộc nhóm di cư ngắn hạn và di biến động sẽ được ghép vào nhóm “di cư hiện tại”, các ca sốt rét thuộc nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ sẽ được ghép vào nhóm “thường trú dài hạn”. Trong phân tích này, những người di cư ngắn hạn chỉ chiếm khoảng 16,5% tổng số ca trong nhóm “di cư hiện tại” đã từng mắc sốt rét (N=79), và những người dân tại chỗ chiếm 13,2% tổng số ca trong nhóm “di cư dài hạn” đã từng mắc sốt rét (N=470). Điều này có nghĩa là dữ liệu nhóm “di cư hiện tại” cơ bản phản ánh tình trạng của nhóm di biến động, và dữ liệu nhóm “thường trú dài hạn” cơ bản phản ánh tình trạng của nhóm di cư dài hạn.

Hầu hết người được hỏi khi bị bệnh sốt rét đều đi khám và điều trị. Tất cả 79 người thuộc nhóm “di cư hiện tại” đã từng mắc sốt rét đều đi khám và điều trị. Trong tổng số 470 người thuộc nhóm “thường trú dài hạn” đã từng mắc sốt rét, chỉ có mười người (bốn nam, sáu nữ, ba người Kinh và bảy người dân tộc thiểu số) không đi điều trị.

Nhìn chung, người được hỏi thuộc nhóm “di cư hiện tại” chờ một thời gian lâu hơn rồi mới đi điều trị so với nhóm “thường trú dài hạn” (xem biểu đồ 8). Thêm vào đó, số lượng nam giới và người Kinh trong nhóm “di cư hiện tại” đi khám ngay trong ngày đầu tiên sau khi có triệu chứng sốt rét nhiều hơn nữ giới và người dân tộc thiểu số thuộc nhóm này. Số người dân tộc Kinh đi khám ngay trong ngày đầu tiên nhiều hơn số người dân tộc thiểu số ở nhóm “thường trú dài hạn”. Không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ ở nhóm này

Biểu đồ 8: Sau khi mắc sốt rét bao lâu bạn mới đi điều trị? – theo giới và dân tộc (N=539)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Phần lớn những người đã từng mắc bệnh sốt rét trong cả hai nhóm “đi cư hiện tại” (82%, N=79) và nhóm “thường trú dài hạn” (91,7%, N=460) đều đã đến để được tư vấn/điều trị tại trạm y tế xã hoặc phòng khám công. Một tỉ lệ nhỏ đến gặp cán bộ y tế địa phương (bao gồm cả cán bộ y tế làm việc tại trạm y tế xã và cán bộ y tế thôn bản). Một số rất ít người trả lời đến hiệu thuốc và phòng khám tư, và không có ai trong số họ tìm đến các thầy lang. Hầu như không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Sự khác biệt giữa người Kinh và dân tộc thiểu số phần nào rõ nét hơn (xem bảng 12).

Bảng 12: Nơi điều trị theo dân tộc (N=539) (%)

	Đi cư hiện tại		Thường trú dài hạn	
	Người Kinh (N=50)	Dân tộc thiểu số (N=29)	Người Kinh (N=319)	Dân tộc thiểu số (N=141)
Trạm y tế xã	88	72.4	93.1	88.7
Cán bộ y tế địa phương	8	10.3	26.6	14.2
Thầy lang	0	0	0	0
Hiệu thuốc	2	3.4	4.4	4.3
Phòng khám tư	8	13.8	4.1	3.5

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Một số ít bệnh nhân của cả hai nhóm, 10,4% nhóm “đi cư hiện tại” và 5,4% nhóm “thường trú dài hạn”⁵⁹ phải trả tiền cho các dịch vụ y tế trong quá trình khám và điều trị sốt rét.

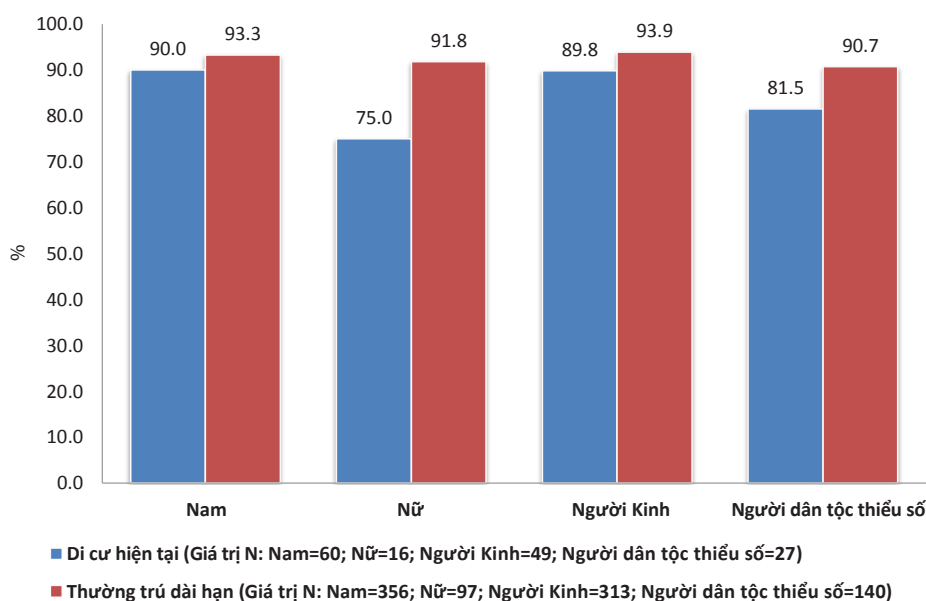
Hầu hết bệnh nhân dùng đủ liều thuốc được chỉ định (xem biểu đồ 9); các bệnh nhân khác bỏ thuốc sau khi hết sốt. Phụ nữ trong nhóm “đi cư hiện tại” có tỉ lệ dùng thuốc đủ liều thấp nhất, tỉ lệ người bệnh thuộc nhóm dân tộc thiểu số dùng thuốc đủ liều thấp hơn tỉ lệ tương ứng trong nhóm dân tộc Kinh. Phân tích sâu hơn cho thấy chỉ có 75,8% nhóm “đi cư hiện tại” học hết cấp một hoặc thấp hơn hoàn thành điều trị, trong khi tỉ lệ này ở những người học hết cấp ba hoặc cao hơn là 95,3%.⁶⁰ Cũng trong nhóm này, tỉ lệ người bệnh dùng thuốc đủ liều thuộc dân tộc thiểu số với học vấn hết cấp một hoặc thấp hơn chỉ là 66,7%, trong khi tỉ lệ tương ứng ở người Kinh với cùng trình độ học vấn là 83,3%.⁶¹ Có vẻ như các yếu tố giới (là phụ nữ), học vấn thấp và thuộc nhóm dân tộc thiểu số tăng khả năng người bệnh dùng thuốc không đủ liều, và các ảnh hưởng này là độc lập với nhau. Xu hướng này ít xảy ra hơn ở nhóm “thường trú dài hạn”. Do số lượng bệnh nhân sốt rét trong mẫu nghiên cứu tương đối thấp, cần có nghiên cứu thêm để xác nhận các kết quả này.

59 Lần lượt N=67 và N=428.

60 Lần lượt N=33 và N=43.

61 Lần lượt N=33 và N=43.

Biểu đồ 9: Tỷ lệ bệnh nhân sốt rét dùng thuốc đủ liều theo giới và dân tộc (N=529)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Tại thời điểm khảo sát, 8,2% số người được hỏi cho biết có thuốc sốt rét và/hoặc sốt tại nhà.⁶² Tuy nhiên, khi xem cụ thể các loại thuốc, chỉ có bốn người thực sự có thuốc đặc trị sốt rét. Ở những người còn lại, thuốc họ có là những loại thuốc hạ sốt thông thường như Decolgen (paracetamol với thuốc chống nghẹt mũi) hoặc Panadol (paracetamol), hoặc thậm chí Vitamin C. Mặc dù bán thuốc sốt rét mà không có đơn bác sỹ kê bị cấm tại Việt Nam, 7,5% người được hỏi tin là họ có thể mua dễ dàng.

2.1.7. Các yếu tố khác ảnh hưởng đến tính dễ bị tổn thương

2.1.7.1. Khoảng cách tới khu vực rừng, biên giới và tuổi

Rừng và các nguồn nước là môi trường lý tưởng cho muỗi sống và sinh sản. Những người sống gần các khu vực này sẽ có nguy cơ bị sốt rét cao hơn. Tại tỉnh Bình Phước, cũng như tại các nơi khác trong khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng, khu vực biên giới cũng là môi trường có nguy cơ cao.⁶³

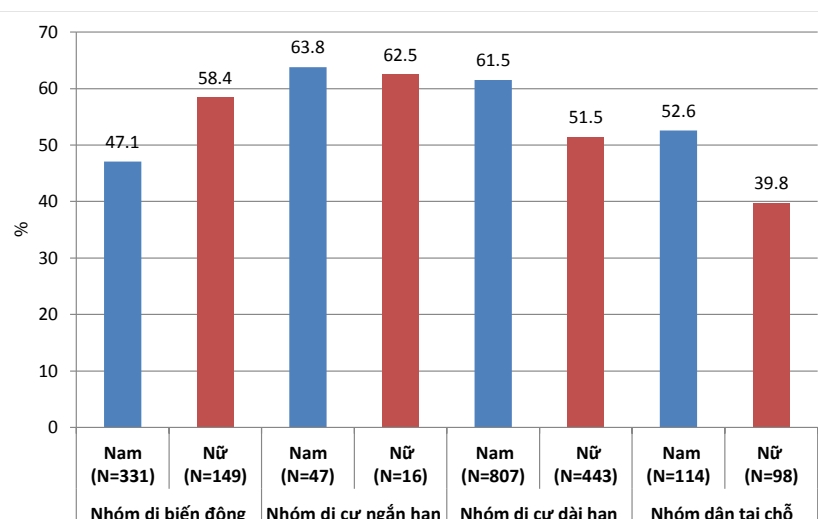
Cả nam và nữ trong các nhóm này đều nói rằng họ thường xuyên tới khu vực biên giới và rừng, với tỷ lệ phần trăm số người từ 39,8% đến 63,8% (xem biểu đồ 10). Dữ liệu cũng cho thấy, những người được hỏi thường ngủ nhiều đêm trong rừng, với tỷ lệ trung bình 6,9 ngày với nhóm di cư dài hạn, dân tại chỗ 9,3 ngày, nhóm di cư ngắn hạn 13,7 ngày và nhóm di biến động là 24,6 ngày.⁶⁴

⁶² N=2005.

⁶³ Ví dụ theo Bhumiratan và cộng sự. Sốt rét biên giới với kháng đa thuốc dọc biên giới Thái Lan – Myanmar và Thái Lan – Campuchia: Mô hình lưu truyền sốt rét, Mức độ dễ bị tổn thương và Giám sát. Tạp chí *Nghiên cứu Quốc tế BioMed*. Tập 2013 (2013): “Sốt rét biên giới bao gồm bất kỳ khu vực dịch tễ học nào liên quan tới sốt rét rừng, bìa rừng, cả hai xảy ra thường xuyên tại một số khu vực lây nhiễm nhất định và thể hiện xu hướng gia tăng cao mắc sốt rét tại các khu vực có tỷ lệ lưu truyền sốt rét cao dọc theo các biên giới. Đây là kết quả của sự ảnh hưởng qua lại giữa việc sinh sống và các hoạt động di chuyển của con người, di cư qua lại biên giới, thay đổi môi trường sinh thái, thay đổi của véc-tơ truyền bệnh và đa kháng thuốc”.

⁶⁴ Dữ liệu từ những người được hỏi trả lời thường xuyên đi vào rừng hoặc các khu vực biên giới.

Biểu đồ 10: Tỷ lệ người được hỏi thường xuyên vào rừng và các khu vực biên giới, theo giới và tình trạng di cư



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy việc đi vào rừng hoặc đến các khu vực biên giới có liên quan chặt chẽ tới tuổi, tình trạng di cư, thu nhập và có trẻ dưới năm tuổi: người trẻ hơn, người đã từng lập gia đình, người có mức thu nhập trung bình và những người có trẻ nhỏ dưới năm tuổi có nhiều khả năng có các hoạt động sinh kế liên quan đến khu vực rừng hoặc biên giới. Cần lưu ý thêm rằng những người có thu nhập cao nhất có xu hướng đi làm ở khu vực rừng hoặc biên giới cao gấp đôi so với những người có thu nhập thấp nhất. Các số liệu không cho thấy mối liên hệ nào với giới tính, học vấn, dân tộc hay thậm chí tình trạng di cư.

Bảng 13: Phân tích hồi quy đa biến: Người được hỏi thường xuyên vào rừng hoặc các khu vực biên giới

Giới	
Nam	1.161
Nữ	1
Tuổi	
15-29	1.675***
30-39	1.473**
40+	1
Học vấn	
Không biết chữ	1.325
Cấp một	1.229
Cấp hai	1.251
Cấp ba +	1
Tình trạng hôn nhân	
Độc thân	0.716*
Đã từng lập gia đình	1
Dân tộc	
Người Kinh	1.130
Dân tộc thiểu số	1
Thu nhập hàng tháng	
Dưới 3.000.000 đồng	0.565**
3.000.000 đến 4.999.999	1.637**
5.000.000 trở lên	1
Có trẻ dưới năm tuổi	
Không	0.679***
Có	1
Tình trạng di cư	
Nhóm di biến động	0.996
Nhóm di cư ngắn hạn	1.720
Nhóm di cư dài hạn	1.362
Nhóm dân tại chỗ	1

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

Như bảng 14 cho thấy, các nhóm di biến động, di cư ngắn hạn, di cư dài hạn có xu hướng sống gần rừng hơn nhóm dân tại chỗ. Cụ thể, tỉ lệ người dân ở các nhóm này sống cách bìa rừng gần nhất dưới 5km lần lượt là 40,8%, 44,4% và 46,2%, trong khi tỉ lệ này ở nhóm dân tại chỗ chỉ là 34,9%.⁶⁵ Nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ sống gần sông, suối hơn, với tỉ lệ lần lượt 82,5% và 70,8% sống cách sông, suối gần nhất 5km trở xuống. Tỉ lệ này ở nhóm di cư ngắn hạn và di biến động là dưới 65%.

Tuy nhiên, điều này không phản ánh toàn bộ bức tranh tổng thể. Các phân tích từ nghiên cứu sâu (xem phần 2.2.2) cho thấy những người sống tại khu vực này – cả dân di biến động, di cư và dân tại chỗ – thường có nhiều hơn một nơi ở. Có nghĩa là, ngay cả khi người trả lời trong khảo sát KAP nói rằng họ sống xa rừng và suối, họ vẫn có thể sống tại nơi ở thứ hai gần rừng và/hoặc suối trong một khoảng thời gian nhất định hoặc thậm chí hầu hết thời gian.

⁶⁵ Các mức độ khoảng cách trong câu hỏi là “dưới 5km”, “5-10 km” và “trên 10km”. Tuy nhiên, chưa có các bằng chứng khoa học về tính phù hợp của các khoảng cách này. Trong các nghiên cứu về sốt rét trong tương lai, cần đưa ra các tài liệu dẫn chứng để xác định khoảng cách phù hợp, đặc biệt là liên quan đến tầm bay của muỗi.

Bảng 14: Khoảng cách từ nhà đến rừng hoặc sông, suối gần nhất (%)

	Nhóm di biến động (N=480)	Nhóm di cư ngắn hạn (N=63)	Nhóm di cư dài hạn (N=1250)	Nhóm dân tại chỗ (N=212)
Rừng gần nhất				
Dưới 5 km	40.8	44.4	46.2	34.9
Từ 5 đến 10 km	19.6	20.6	21.0	32.5
Trên 10 km	39.6	34.9	32.7	32.5
Suối gần nhất				
Dưới 5 km	64.8	63.5	82.5	70.8
Từ 5 đến 10 km	16.5	17.5	8.2	22.2
Trên 10 km	18.8	19.0	9.3	7.1

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

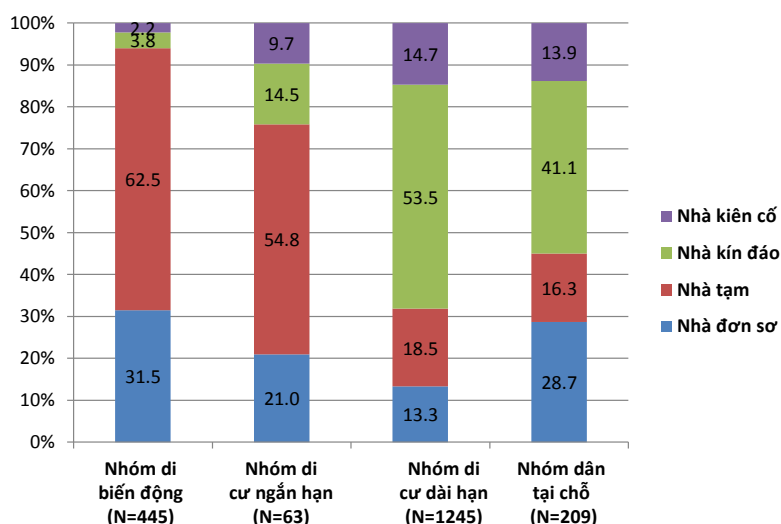
2.1.7.2. Loại nhà ở

Nhà ở có ảnh hưởng tới nguy cơ bị muỗi đốt: việc ngăn không cho muỗi vào nhà và hiệu quả của các biện pháp phòng chống sốt rét khác phụ thuộc vào kết cấu nhà ở. Biểu đồ 11 cho thấy phần lớn dân di biến động và dân di cư ngắn hạn sống trong các “nhà tạm” (tường làm bằng tre hoặc các tấm bạt, và mái tôn). Một tỉ lệ đáng kể dân di biến động và dân tại chỗ sống trong những ngôi nhà “đơn sơ”- được làm bằng tre, mái bằng các tấm bạt. Trong khi đó, gần 70% dân di cư dài hạn và 55% dân tại chỗ sống trong ngôi nhà “kín đáo” (nhà lớn hơn, có tường, cửa và trần chống thấm, và có kết cấu vững chãi và chịu được gió; một số vật liệu bằng bê tông) hoặc “kiên cố” – nhà có tường, cửa, trần, sàn bê tông và các loại vật liệu hiện đại khác. Chỉ có 24,2% dân di cư ngắn hạn và 6% dân di biến động có nhà như vậy.



Từ trái qua phải: Nhà đơn sơ, nhà tạm, nhà kín đáo và nhà kiên cố (Ảnh: Nhóm nghiên cứu Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM và Mai Văn Triều).

Biểu đồ 11: Kết cấu nhà ở (N=1962)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát KAP của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2014–2015.

2.2. Những phát hiện từ nghiên cứu sâu tại xã Đăk Ô

2.2.1. Phân bố địa lý và đặc điểm kinh tế xã hội của người được phỏng vấn

Nhìn chung, đặc điểm của người được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu và sự khác biệt giữa các nhóm khá tương đồng với mẫu khảo sát KAP. Mẫu nghiên cứu sâu có nhiều nam (66,7%) hơn nữ – tỉ lệ này trong mẫu khảo sát KAP là 64,8%. Mẫu nghiên cứu sâu cũng có sự phân bố khá đều giữa các nhóm tuổi (mặc dù trong nghiên cứu sâu, số người được phỏng vấn lớn tuổi ít hơn một chút so với mẫu khảo sát KAP). Trình độ học vấn chung của mẫu nghiên cứu sâu có phần thấp hơn.

Có hai sự khác biệt chính giữa hai bộ mẫu. Người Kinh chiếm đa phần trong mẫu khảo sát KAP (58,1%) nhưng chỉ chiếm số nhỏ trong mẫu nghiên cứu sâu (29,7%). Tỉ lệ mắc sốt rét trong mẫu nghiên cứu sâu cao hơn so với mẫu khảo sát KAP (trung bình 27,4% người được hỏi trong mẫu khảo sát KAP từng mắc sốt rét, so với 36,7% người mắc sốt rét trong mẫu nghiên cứu sâu chỉ tính riêng trong năm năm gần nhất). Hai sự khác biệt này là do khi thiết kế mẫu của nghiên cứu sâu, nhóm nghiên cứu đã chú ý đưa vào nhóm mẫu dân tại chỗ⁶⁶ và nhóm mẫu bệnh nhân sốt rét.

⁶⁶ Tỉ lệ người dân tộc thiểu số trong mẫu nghiên cứu sâu lớn do thực tế nhiều người dân tại chỗ là người dân tộc thiểu số – đặc biệt là dân tộc Stiêng, một trong những nhóm dân tộc thiểu số chính tại tỉnh Bình Phước nói chung, và là nhóm dân tộc thiểu số chiếm đa số tại khu vực nghiên cứu ở xã Đăk Ô.

Bảng 15: Đặc điểm của các đối tượng được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu (toàn bộ mẫu) (%)

	Nhóm di biến động (N=51)	Nhóm di cư ngắn hạn (N=25)	Nhóm di cư dài hạn (N=33)	Nhóm dân tại chỗ (N=191)	Tổng số (N=300)
Giới					
Nữ	35.3	40.0	36.4	31.4	33.3
Nam	64.7	60.0	63.6	68.6	66.7
Tuổi					
15-29	33.3	56.0	21.2	38.7	37.3
30-39	17.6	36.0	36.4	34.0	31.7
40+	49.0	8.0	42.4	27.2	31.0
Tình trạng hôn nhân					
Độc thân	21.6	4.0	24.2	9.4	12.7
Đã lập gia đình	78.4	96.0	75.8	90.6	87.3
Dân tộc					
Người Kinh	17.6	32.0	66.7	26.2	29.7
Dân tộc thiểu số	82.4	68.0	33.3	73.8	70.3
Học vấn					
Tiểu học hoặc thấp hơn	74.5	64.0	33.3	60.0	59.9
Cấp hai	19.6	20.0	30.3	32.6	29.1
Cấp ba+	5.9	16.0	36.4	7.4	11.0
Thu nhập hàng tháng của người được phỏng vấn					
Dưới 3.000.000 đồng	37.3	8.0	18.2	37.7	33.1
3.000.000 đến 4.999.999	56.9	88.0	48.5	46.1	51.8
5.000.000 trở lên	5.9	4.0	33.3	15.7	15.1
Có trẻ dưới năm tuổi sống trong cùng hộ gia đình					
Có	29.4	40.0	27.3	46.1	40.9
Mắc sốt rét trong năm năm gần đây (2010-2015⁶⁷)					
Có	17.6	32.0	39.4	41.9	36.7

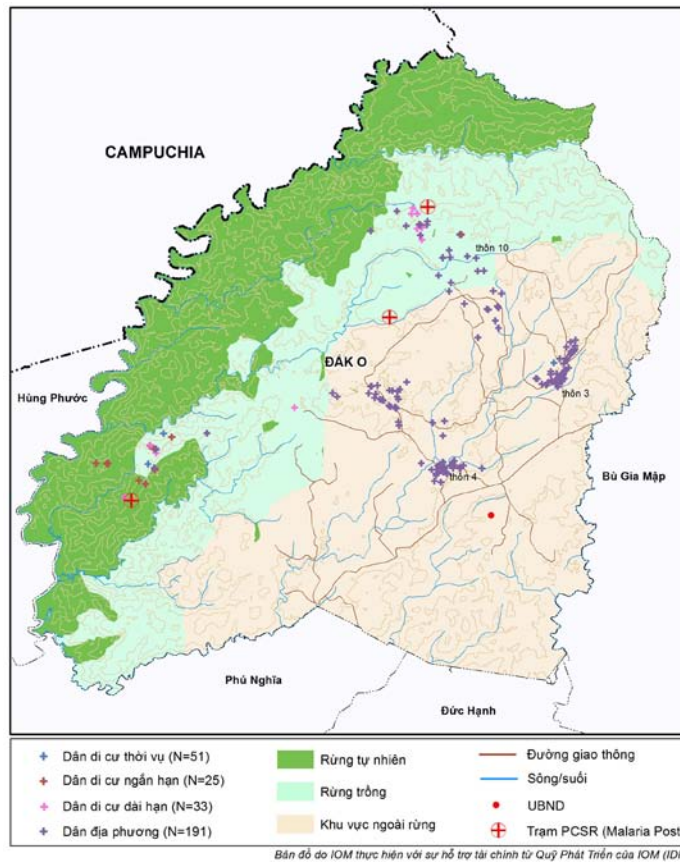
Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Liên quan đến đặc điểm ‘Mắc sốt rét trong năm năm gần đây (2010-2015)’, dữ liệu bao gồm nhóm mẫu nhỏ 50 bệnh nhân sốt rét từ danh sách của trạm y tế xã. Do đó, có nguy cơ mẫu thiên về bệnh sốt rét trong nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ.

67 Tính đến tháng 8 năm 2015, khi nghiên cứu sâu được tiến hành.

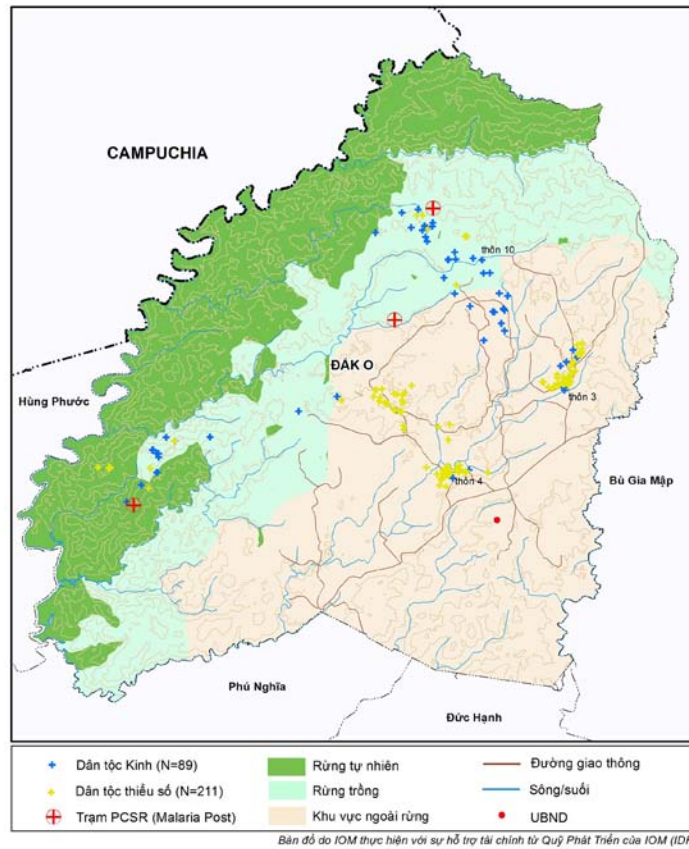
Các bản đồ sau đây cho thấy phân bố địa lý của người được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu theo tình trạng di cư và dân tộc. Dân di cư (di biến động, ngắn hạn và dài hạn) và người Kinh có xu hướng sống gần rừng hơn người dân tại chỗ và dân tộc thiểu số.

Bản đồ 7: Phân bố địa lý của người được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu theo tình trạng di cư



Nguồn: Bản đồ IOM thực hiện dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Bản đồ 8: Phân bố địa lý của người được phỏng vấn trong nghiên cứu sâu theo dân tộc

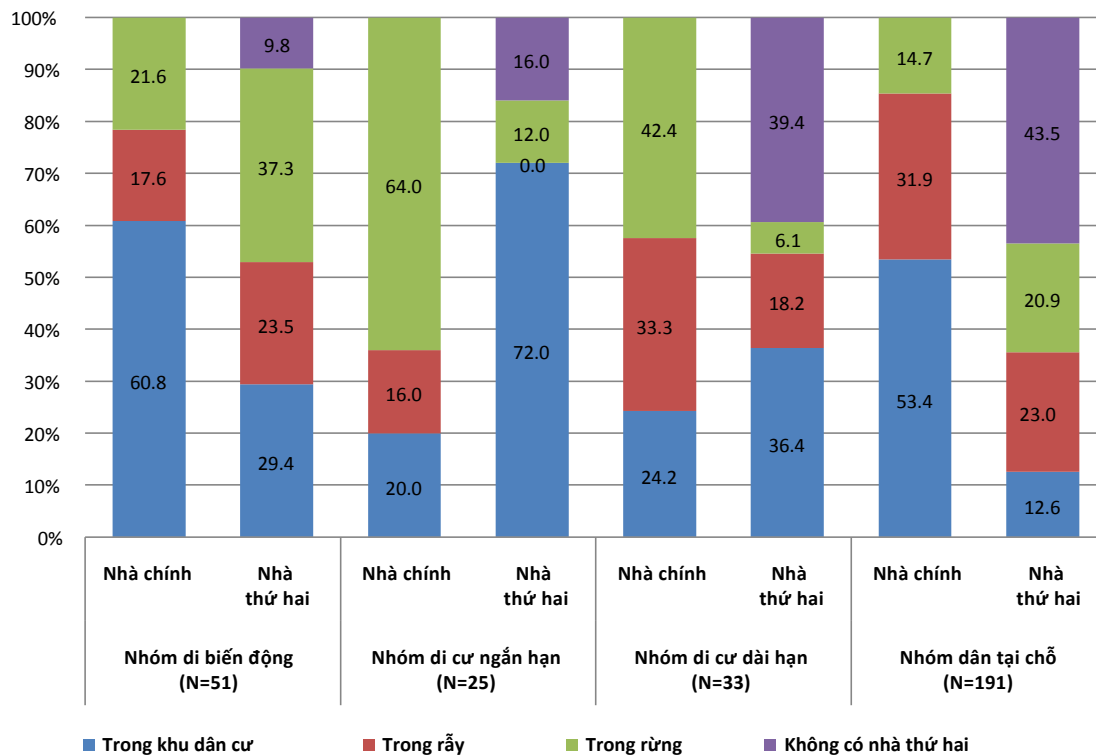


Nguồn: Bản đồ IOM thực hiện dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

2.2.2. Di chuyển trong và ngoài xã Đắk Ô

Kết quả nghiên cứu sâu cho thấy phần lớn người được hỏi (80% tổng số mẫu) có hơn một nơi ở⁶⁸ tại xã Đắk Ô. Điều này đặc biệt đúng với nhóm di biến động (90,2% có hơn một nơi ở) và nhóm di cư ngắn hạn (84%). Điều này có nghĩa là phần lớn người trả lời sống tại hai hoặc hơn hai nơi ở khác nhau, nghĩa là người được hỏi ở cả bốn nhóm di chuyển rất nhiều. Điều này có thể liên quan đến cả loại hình sinh kế (nông nghiệp) và địa hình miền núi với điều kiện đi lại khó khăn và tốn kém. Như biểu đồ 12 cho thấy, nhiều người được phỏng vấn có nhà chính hoặc nhà thứ hai trên rẫy hoặc trong rừng. Một tỉ lệ lớn với đa số người trong nhóm di cư ngắn hạn và dài hạn có nhà chính ở một trong hai khu vực này, đồng nghĩa với thời gian phơi nhiễm kéo dài trong môi trường rừng và nguy cơ bị sốt rét cao. Dữ liệu cũng cho thấy dân di biến động là nhóm dân có số ngày sống ở nhà thứ hai nhiều nhất (trung bình 93 ngày một năm), và chỉ sống 251 ngày tại nhà chính⁶⁹. Nhóm di cư ngắn hạn là nhóm tiếp theo dành số ngày lớn ở nhà thứ hai, sau đó là nhóm dân tại chỗ. Người di cư dài hạn ở ít thời gian nhất (trung bình 48 ngày trong năm) tại nhà thứ hai và 313 ngày tại nhà chính.

Biểu đồ 12: Vị trí của nhà chính và nhà thứ hai



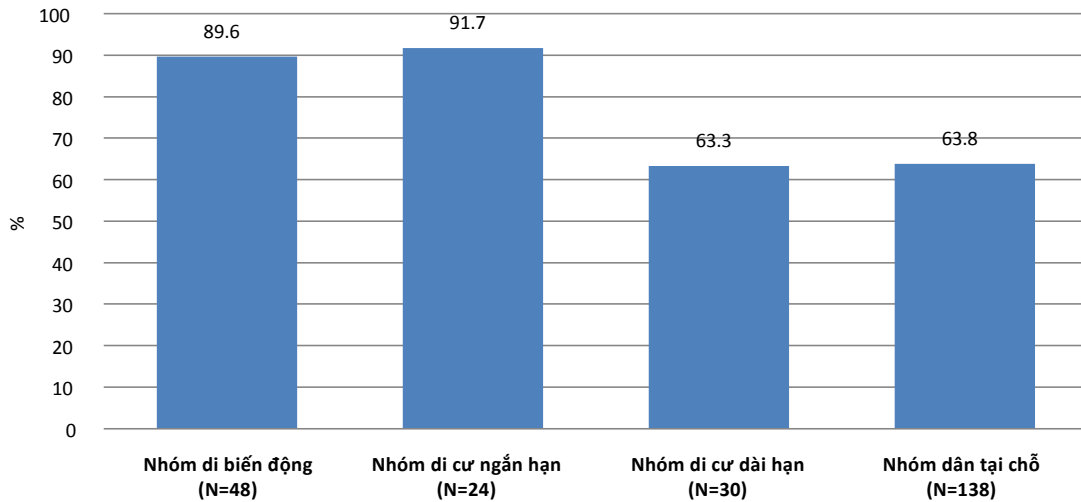
Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Người được hỏi thường mang theo gia đình khi di chuyển giữa các nơi ở. Trong số những người cho biết có nhà thứ hai, chỉ có 28,3% sống tại đó một mình, 71,7% sống tại đó với ít nhất một thành viên gia đình. Việc “di chuyển gia đình” này là đặc biệt phổ biến trong nhóm di biến động và di cư ngắn hạn – xem biểu đồ 13 dưới đây.

68 Nhà hoặc lán, trại. Nhà chính được định nghĩa là nơi mà người được phỏng vấn ngủ phần lớn thời gian.

69 Các giá trị này là giá trị trung bình.

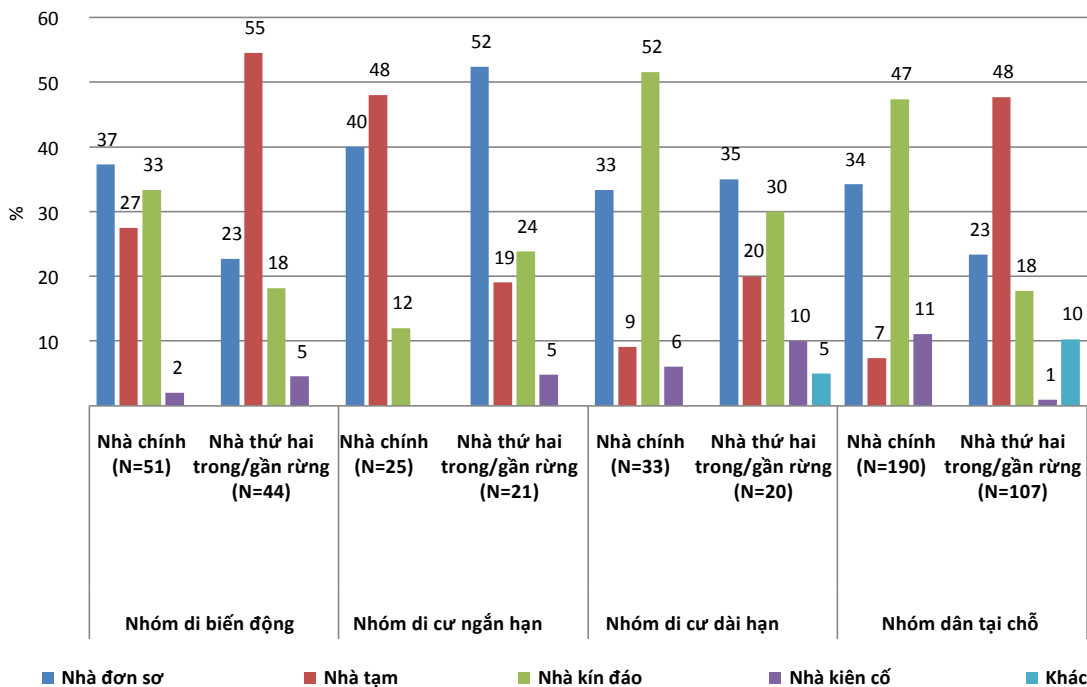
Biểu đồ 13: Tỷ lệ người được phỏng vấn sống cùng ít nhất một thành viên trong gia đình ở nhà thứ hai (N=240)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Biểu đồ 14 cho thấy nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ ở nhà có kết cấu tốt hơn so với nhà ở của nhóm di biến động và di cư ngắn hạn: 58% người được hỏi của cả hai nhóm đầu có nhà chính thuộc loại “kín đáo” hoặc “kiên cố”, trong khi tỷ lệ này ở hai nhóm sau lần lượt chỉ là 35% và 12%.⁷⁰ Điều này ảnh hưởng tới khả năng bảo vệ họ khỏi muỗi và nguy cơ sốt rét. Ngoài ra, nhóm dân tại chỗ có kết cấu nhà chính tốt hơn hẳn nhà thứ hai. Trong khi đó, sự khác nhau về chất lượng giữa nhà chính và nhà thứ hai của các nhóm di biến động, di cư ngắn hạn và dài hạn không nhiều – Có thể với các nhóm dân này, hai nhà đều quan trọng gần như nhau.

Biểu đồ 14: Kết cấu nhà chính và nhà thứ hai theo tình trạng di cư (N=299)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

70 Xem phần 2.1.7.2 ở trên về định nghĩa kết cấu nhà.

Người dân ở Đắk Ô không chỉ di chuyển trong xã, mà còn ra ngoài xã (xem bảng 16). Xu hướng này đặc biệt đúng đối với nhóm di biến động và di cư ngắn hạn, và điều đó cũng không có gì đáng ngạc nhiên. Một số lượng tương đối người dân ở hai nhóm này – cả nam và nữ – cho biết họ từng làm việc ở xã khác trong huyện hoặc ở tỉnh khác trong vòng 12 tháng trước cuộc khảo sát. Nhìn chung, nam giới di chuyển nhiều hơn nữ giới. Tuy nhiên, đặc biệt nữ giới trong nhóm di biến động và di cư ngắn hạn có vẻ như đi làm ở tỉnh khác nhiều hơn nam giới.

Bảng 16: Địa bàn làm việc chính trong 12 tháng trước khảo sát theo giới và tình trạng di cư (%)

	Nhóm di biến động		Nhóm di cư ngắn hạn		Nhóm di cư dài hạn		Nhóm dân tại chỗ	
	Nữ (N=18)	Nam (N=33)	Nữ (N=10)	Nam (N=15)	Nữ (N=12)	Nam (N=21)	Nữ (N=60)	Nam (N=131)
Chỉ làm việc tại xã	27.8	21.2	10	33.3	66.7	81	90	74.8
Làm việc tại xã khác trong cùng huyện	33.3	51.5	20	20	0	0	1.7	3.1
Làm việc tại các huyện khác trong cùng tỉnh	5.6	6.1	0	0	0	4.8	0	0.8
Làm việc tại tỉnh khác	22.2	9.1	20	13.3	0	0	0	0
Làm việc tại Campuchia	0	0	0	0	0	0	0	1.5
Làm việc tại nước khác	0	0	0	0	0	0	0	1.5

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Dữ liệu này từ câu hỏi 3.1 về công việc chính trong 12 tháng qua. Các lựa chọn có tính loại trừ. Không phải tất cả người được hỏi đều cung cấp đầy đủ thông tin về nơi làm việc chính của họ.

Kết quả khá giống nhau ở người Kinh và người dân tộc thiểu số (xem bảng 17), mặc dù người Kinh di biến động và di cư ngắn hạn chỉ làm việc trong địa bàn xã Đắk Ô nhiều hơn. Tuy nhiên, khi họ đi làm xa, họ có khuynh hướng đi xa hơn (ít nhất là đúng với trong nước): ở nhóm di biến động, tỉ lệ người Kinh đi làm tại tỉnh khác nhiều hơn người dân tộc thiểu số, trong khi đó tỉ lệ người dân tộc thiểu số trong nhóm làm việc ở nơi khác trong cùng huyện hoặc cùng tỉnh nhiều hơn người Kinh.

Người dân tộc trong nhóm dân tại chỗ có khuynh hướng đi ra nước ngoài nhiều hơn. Trong số 8 người từng làm việc tại Campuchia trong một năm trước, bốn người là nam giới địa phương người dân tộc (hai trong số họ làm việc tại Campuchia suốt cả năm cho tới thời điểm khảo sát), ba người là nam giới địa phương người Kinh và một là nam giới di cư dài hạn người Kinh. Hai người đã từng làm việc tại nước khác (không xác định cụ thể) là nam giới địa phương người dân tộc. Chắc chắn các con số này không thể hiện chính xác quy mô thực sự của việc di chuyển qua lại biên giới tại điểm nghiên cứu, vì phần lớn người dân qua lại biên giới không khai báo và nhiều người liên quan đến các hoạt động sinh kế trái phép (như khai thác gỗ lậu). Nhóm khảo sát may mắn được cán bộ địa phương giúp tiếp cận một nhóm người dân đi qua biên giới tại một khu lán trại trong rừng nơi họ nghỉ chân. Bình thường, rất khó tìm và tiếp cận các nhóm này. Một số đối tượng qua lại biên giới khác trong mẫu có thể đã được phỏng vấn một cách ngẫu nhiên. Tuy nhiên, ngay cả khi tình cờ gặp được họ, thường những người này cũng không muốn xác nhận họ có qua lại biên giới, hoặc cũng không muốn thảo luận về vấn đề này.

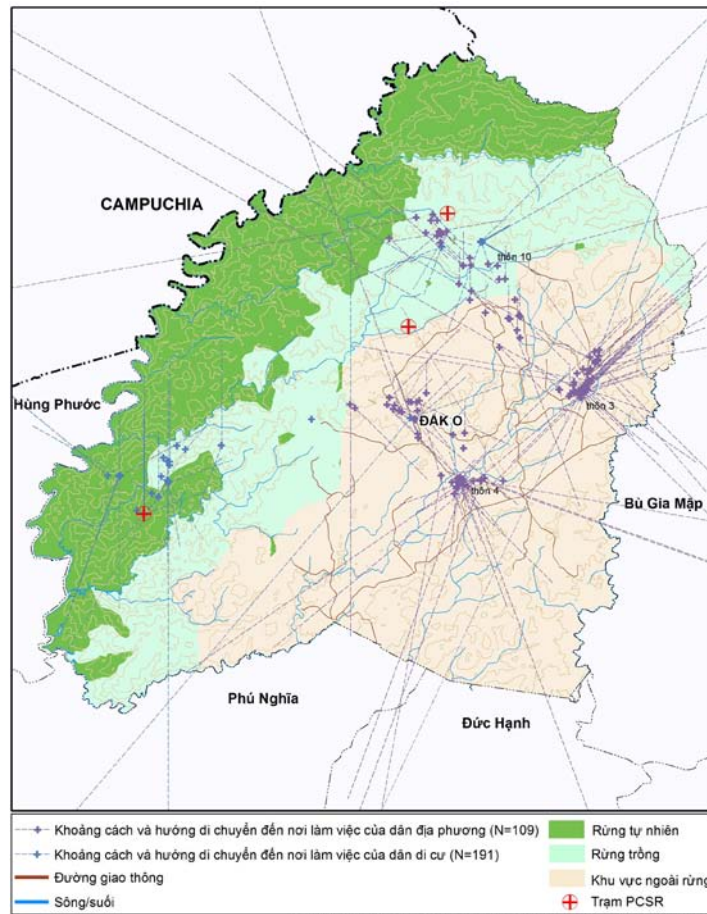
Bảng 17: Địa bàn làm việc chính trong 12 tháng trước khảo sát theo tình trạng di cư và dân tộc (%)

	Nhóm di biến động		Nhóm di cư ngắn hạn		Nhóm di cư dài hạn		Nhóm dân tại chỗ	
	Người Kinh (N=9)	Dân tộc (N=42)	Người Kinh (N=8)	Dân tộc (N=17)	Người Kinh (N=22)	Dân tộc (N=11)	Người Kinh (N=50)	Dân tộc (N=141)
Chỉ làm việc tại xã	44.4	19	62.5	5.9	72.7	81.8	84	78
Làm việc tại xã khác trong cùng huyện	11.1	52.4	12.5	23.5	0	0	2	2.8
Làm việc tại các huyện khác trong cùng tỉnh	0	7.1	0	0	4.5	0	2	0
Làm việc tại tỉnh khác	22.2	11.9	0	23.5	0	0	0	0
Làm việc tại Campuchia	0	0	0	0	4.5	0	6	2.8
Làm việc tại nước khác	0	0	0	0	0	0	0	1.4

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2015.
Ghi chú: Dữ liệu này từ câu hỏi 3.1 về công việc chính trong 12 tháng qua. Các lựa chọn có tính loại trừ. Không phải tất cả người được hỏi đều cung cấp đầy đủ thông tin về nơi làm việc chính của họ.

Phân tích thêm dựa trên bản đồ di chuyển đến nơi làm việc hiện tại/trước đây của người được phỏng vấn cho thấy người dân tại chỗ khuynh hướng di chuyển nhiều hơn những gì dữ liệu phản ánh trong bảng 17 nói trên – xem bản đồ 9. Tuy nhiên, có thể người dân tại chỗ quen mô tả di chuyển của họ bằng không gian địa lý (hướng và khoảng cách, như trong câu hỏi để lập bản đồ) hơn so với mô tả bằng đơn vị hành chính (theo xã, huyện, tỉnh, như trong câu hỏi của bảng hỏi), và do đó kết quả phân tích về di chuyển bằng bản đồ sẽ lệch về phía nhóm dân tại chỗ nhiều hơn.

Bản đồ 9: Di chuyển đến nơi làm việc hiện tại/trước đây theo tình trạng di cư

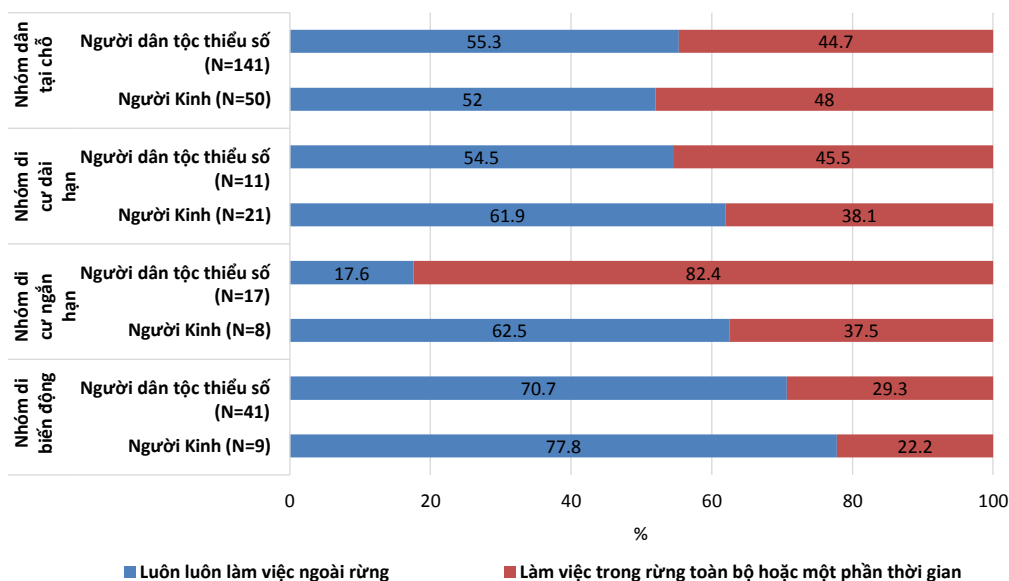


Nguồn: Bản đồ IOM thực hiện dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Bản đồ cho thấy khoảng cách ước tính và hướng từ nơi phỏng vấn đến nơi làm việc hiện tại/trước đây của người được hỏi trong vòng 12 tháng qua. Đối với hầu hết người được hỏi – 98,4% người địa phương (N=190); 65,6% người di cư dài hạn (N=32); 37,5% người di cư ngắn hạn (N=24) và 17,6% nhóm di biến động (N=51) –nơi phỏng vấn là nơi sinh sống của họ. Với một số khác, địa điểm phỏng vấn là nơi họ làm việc. Rất hiếm trường hợp địa điểm phỏng vấn không phải nơi sinh sống và cũng không phải nơi làm việc.

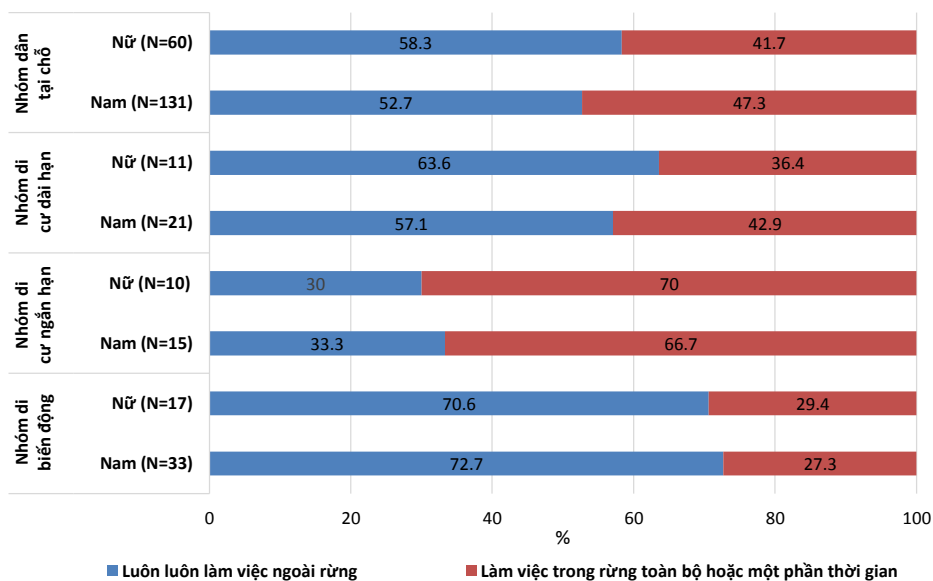
Ít nhất một nửa số người được hỏi và gần như đa số trong các nhóm, cả nam giới và nữ giới, đều đã từng làm việc trong rừng ít nhất là một khoảng thời gian trong vòng 12 tháng trước cuộc khảo sát, và do đó có nguy cơ phơi nhiễm sốt rét gia tăng (xem biểu đồ 15 và 16). Người dân tộc thường làm việc trong rừng nhiều hơn người Kinh, đặc biệt là nhóm người dân tộc di cư ngắn hạn, trong đó 82,4% đã từng làm việc trong rừng trong 12 tháng trước. Phát hiện này gợi nhớ kết quả của khảo sát KAP, trong đó nhóm di cư ngắn hạn đi rừng và/hoặc đến khu vực biên giới nhiều hơn các nhóm khác (xem biểu đồ 10 ở trên). Tuy nhiên, một lần nữa do cỡ mẫu nhỏ nên kết quả cần được xem xét một cách thận trọng.

Biểu đồ 15: Tỷ lệ người được phỏng vấn từng làm việc trong rừng trong 12 tháng trước khảo sát theo tình trạng di cư và dân tộc (N=298)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Biểu đồ 16: Tỷ lệ người được phỏng vấn từng làm việc trong rừng trong 12 tháng trước khảo sát theo tình trạng di cư và giới tính (N=298)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

2.2.3. Đăng ký cư trú và mức độ tiếp cận dịch vụ

Toàn bộ người được phỏng vấn trong nhóm di cư dài hạn đều có đăng ký cư trú với chính quyền địa phương, tỷ lệ này trong nhóm dân tại chỗ là 99% (xem bảng 18). Tuy nhiên, đa phần (68,6%) nhóm di biến động và gần một nửa (48%) nhóm di cư ngắn hạn không đăng ký.

Bảng 18: Đăng ký cư trú của người được phỏng vấn theo tình trạng di cư (%)

	Nhóm di biến động (N=51)	Nhóm di cư ngắn hạn (N=25)	Nhóm di cư dài hạn (N=33)	Nhóm dân tại chỗ (N=191)	Tổng số (N=300)
KT1	2 (3.9)	2 (8.0)	12 (36.4)	186 (97.4)	202 (67.3)
KT2	0 (0.0)	3 (12.0)	7 (21.2)	2 (1.0)	12 (4.0)
KT3	0 (0.0)	4 (16.0)	8 (24.2)	1 (0.5)	13 (4.3)
KT4	14 (27.5)	4 (16.0)	6 (18.2)	0 (0.0)	24 (8.0)
Không đăng ký	35 (68.6)	12 (48.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	49 (16.3)
Tổng số	51 (100.0)	25 (100.0)	33 (100.0)	191 (100.0)	300 (100.0)

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: KT1 là thường trú, KT2 là đăng ký tại một huyện khác trong tỉnh nơi họ có hộ khẩu thường trú KT1; KT3 là đăng ký tại một tỉnh khác tỉnh họ có hộ khẩu thường trú KT1 (thường được cấp giấy tạm trú từ sáu đến mười hai tháng, có thể gia hạn); và KT4 là đăng ký cư trú cho cá nhân không theo hộ gia đình, khác với ba loại trên, tại bất kỳ nơi nào khác với nơi thường trú KT1 của họ (thường được cấp giấy tạm trú ba tháng, có thể gia hạn). Một số người di cư có thể chuyển nơi ở mà không đăng ký cư trú.⁷¹

Có một số rào cản nhất định trong việc đăng ký cư trú mà các nhóm dân di cư, di biến động thường gặp phải. Những người di cư làm thuê tạm thời – họ làm việc khoảng một tuần cho một chủ, sau đó tới làm cho chủ khác vào tuần kế tiếp và cứ thế tiếp tục – thường không thể đăng ký được vì hầu như không có chủ lao động nào đồng ý bảo lãnh cho họ với công việc ngắn hạn. Ngay cả khi có người chịu bảo lãnh, thời gian quá ngắn nên có thể không đáng với công sức bỏ ra để đăng ký. Thêm vào đó, người lao động di cư không phải lúc nào cũng có đủ giấy tờ cần thiết để đăng ký (thường là photo chứng minh nhân dân và hai tấm ảnh) và khoảng cách từ nơi họ làm việc đến nơi đăng ký cư trú cũng là một khó khăn:

Chụp hình đi rửa mắt rất nhiều thời gian... Tôi có gom hết chứng minh nhân dân [của người lao động tại nông trường cao su] rồi nhưng chưa đi đăng ký được vì thiếu hình.⁷²

Ngoài ra cũng có trở ngại về tài chính: người di cư, di biến động phải trả một khoản phí (5.000 đồng/tháng/người) khi đăng ký cư trú. Nếu không đăng ký cư trú, họ cũng có thể bị phạt.⁷³

Không đăng ký cư trú và do đó không có trong danh sách cư trú nào khiến cho người di cư, di biến động khó có thể tiếp cận các dịch vụ công và các kênh thông tin chính thống về phòng và điều trị sốt rét, và cũng không được hưởng lợi từ các can thiệp kiểm soát sốt rét của chính quyền địa phương và các tổ chức khác. Điều này làm cho người di cư, đặc biệt là di cư ngắn hạn và di biến động, hai nhóm có tỉ lệ đăng ký cư trú thấp nhất, dễ bị tổn thương với sốt rét.

Tính dễ bị tổn thương này thể hiện rõ trong phân tích số liệu về phân phối màn tẩm hóa chất diệt muỗi của CTQG PCSR (xem biểu đồ 17). Chỉ có 53,7% người được hỏi không đăng ký cư trú nói rằng họ nhận được màn tẩm hóa chất diệt muỗi miễn phí từ chương trình này, so với 90,1%, 83,3% và 82,6% người có đăng ký tạm trú KT1, KT2, KT4. Kết quả này khớp với kết quả từ khảo sát KAP (xem biểu đồ 6 ở trên), trong đó nhóm di cư ngắn hạn và di biến động nhận được màn tẩm thuốc miễn phí từ CTQG PCSR ít hơn hai nhóm còn lại là di cư dài hạn và dân tại chỗ. Có một điểm đặc biệt là những người đăng ký tạm trú KT3 có vẻ như ít nhận được màn tẩm thuốc miễn phí hơn những người ở các nhóm cư trú khác. Điều này cần được tìm hiểu thêm.

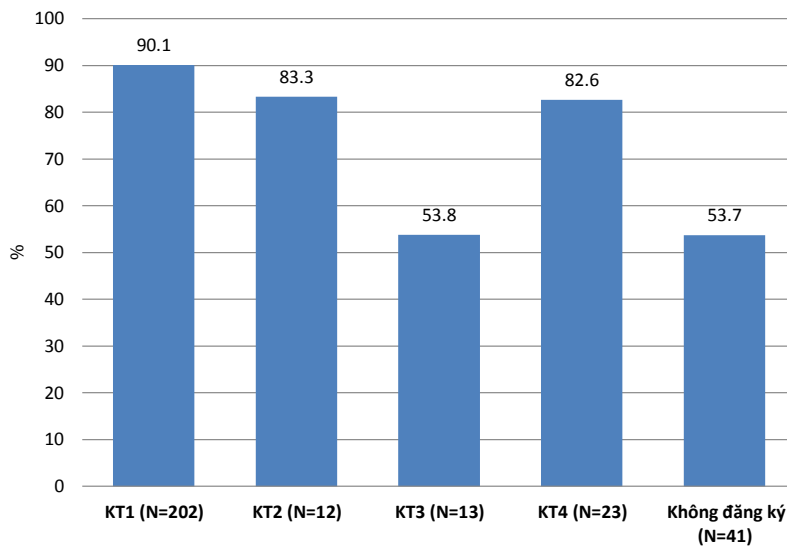
71 Liên Hợp Quốc. *Di cư trong nước - Cơ hội và thách thức đối với sự phát triển*. Hà Nội, 2010.

Tham khảo tại www.un.org.vn/vi/publications/doc_details/173-di-cu-trong-nuc-co-hi-va-thach-thc-di-vi-s-phat-trin.html. Truy cập ngày 20/6/2016.

72 Phỏng vấn sâu với người giám sát một nông trường cao su ngày 12/8/2015. Người này có trách nhiệm đăng ký cư trú cho người lao động tại nông trại. Người lao động di cư, di biến động phải ra trung tâm xã để chụp ảnh nếu họ không mang theo sẵn.

73 Phỏng vấn sâu với người giám sát một nông trường cao su ngày 12/8/2015.

Biểu đồ 17: Tỷ lệ người được phỏng vấn nhận được màn tắm thuốc miễn phí theo tình trạng cư trú (% trên tổng số người có đăng ký trong từng loại cư trú) (N=291)

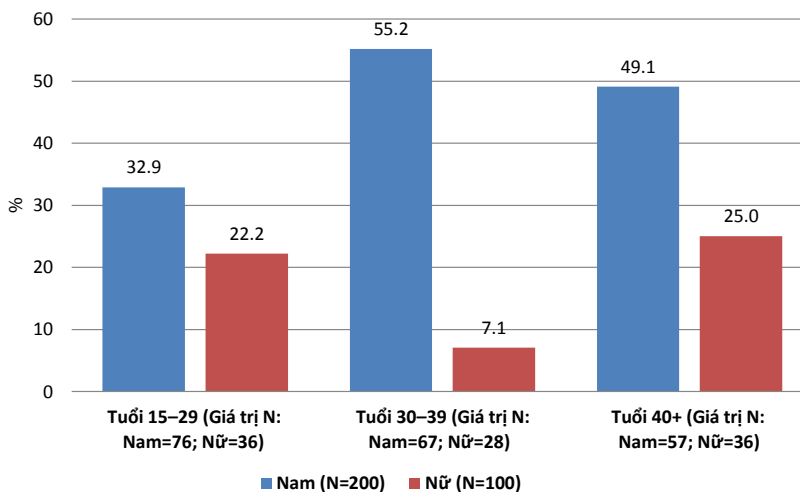


Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

2.2.4. Tỷ lệ mắc bệnh sốt rét và mối liên quan đến các yếu tố khác

Biểu đồ 18 và 19 cho thấy tỷ lệ người được hỏi mắc bệnh sốt rét trong vòng năm năm trở lại theo nhóm tuổi và giới, và theo dân tộc và giới. Có một số khuynh hướng khá rõ nét: nam mắc sốt rét nhiều hơn nữ; những người tuổi 30–39, 40 hoặc cao hơn mắc sốt rét nhiều hơn những người trong độ tuổi 15–29; và người dân tộc Kinh mắc sốt rét nhiều hơn người dân tộc thiểu số (đặc biệt là nam giới).

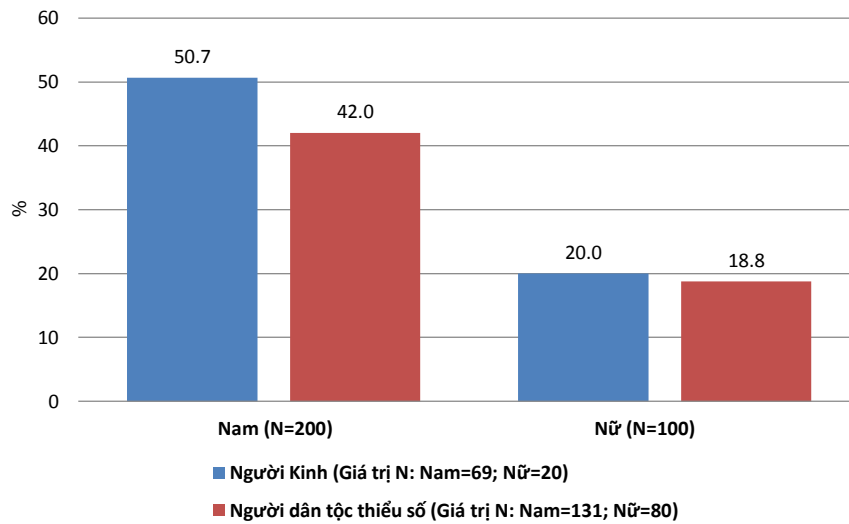
Biểu đồ 18: Tỷ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo nhóm tuổi và giới



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Dữ liệu này dựa trên câu hỏi về lần mắc sốt rét gần nhất. Dữ liệu bao gồm nhóm mẫu 50 bệnh nhân sốt rét từ danh sách của Trạm y tế xã. Phân tích cũng được tiến hành trên dữ liệu đã loại nhóm mẫu này, kết quả gần như tương đương. N=300.

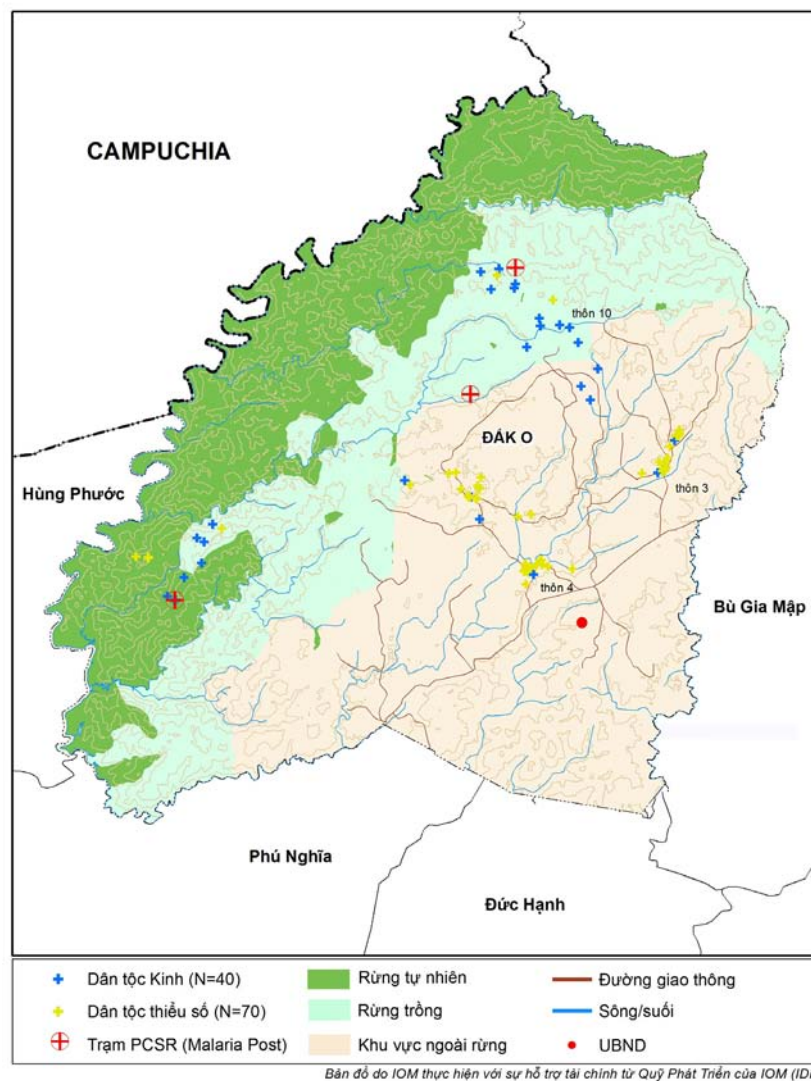
Biểu đồ 19: Tỷ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo dân tộc và giới



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Dữ liệu bao gồm nhóm mẫu 50 bệnh nhân sốt rét từ danh sách của Trạm y tế xã. Phân tích cũng được tiến hành trên dữ liệu đã loại nhóm mẫu này, kết quả gần như tương đương. N=300.

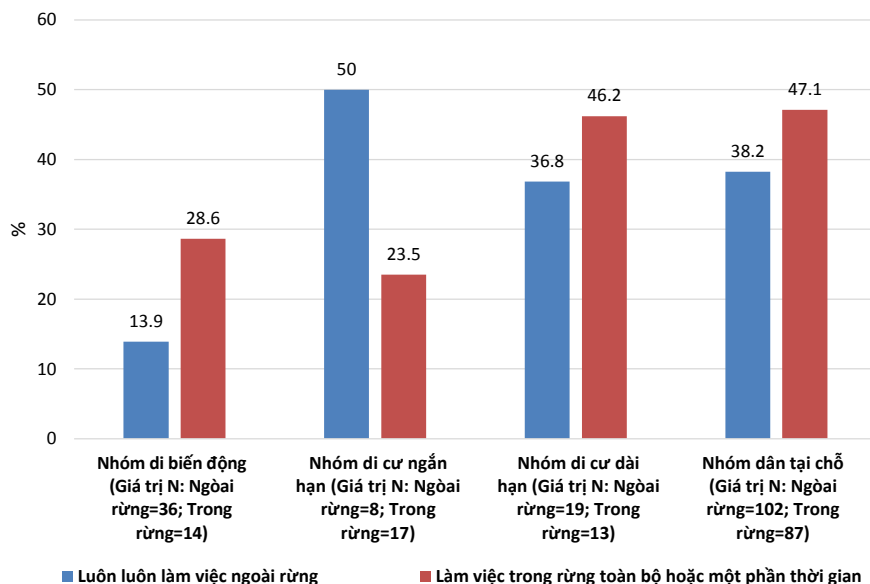
Bản đồ 10: Phân bố địa lý của người được phỏng vấn từng mắc sốt rét trong thời gian 2010–2015 theo dân tộc



Nguồn: Bản đồ IOM thực hiện dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Tỉ lệ người được hỏi mắc sốt rét trong vòng năm năm gần nhất trong số những người có làm việc trong rừng (trừ một số trường hợp người di cư ngắn hạn) cao hơn so với những người làm việc ngoài khu vực rừng. Tỉ lệ này cũng tỉ lệ thuận với thời gian sống trong rừng (xem biểu đồ 20 và 21). Tuy nhiên, mối liên hệ giữa làm việc trong rừng và nguy cơ mắc sốt rét không có ý nghĩa đáng kể về mặt thống kê; xem cụ thể hơn dưới đây (bảng 19).

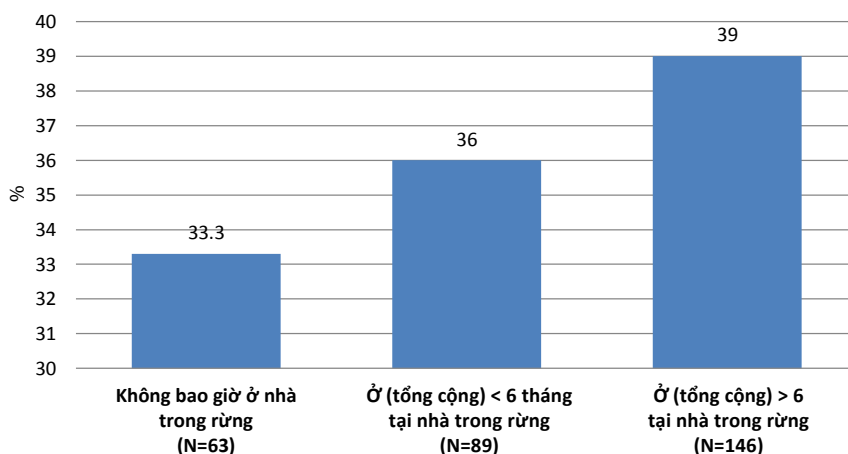
Biểu đồ 20: Tỉ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo môi trường làm việc và tình trạng di cư (N=296)



Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Dữ liệu bao gồm nhóm mẫu 50 bệnh nhân sốt rét từ danh sách của Trạm y tế xã, và do đó mẫu có nguy cơ thiên lệch theo hướng tỉ lệ mắc sốt rét cao hơn trong nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ. N=296.

Biểu đồ 21: Tỉ lệ người được phỏng vấn mắc sốt rét trong năm năm trước khảo sát theo thời gian sống trong rừng (N=298)



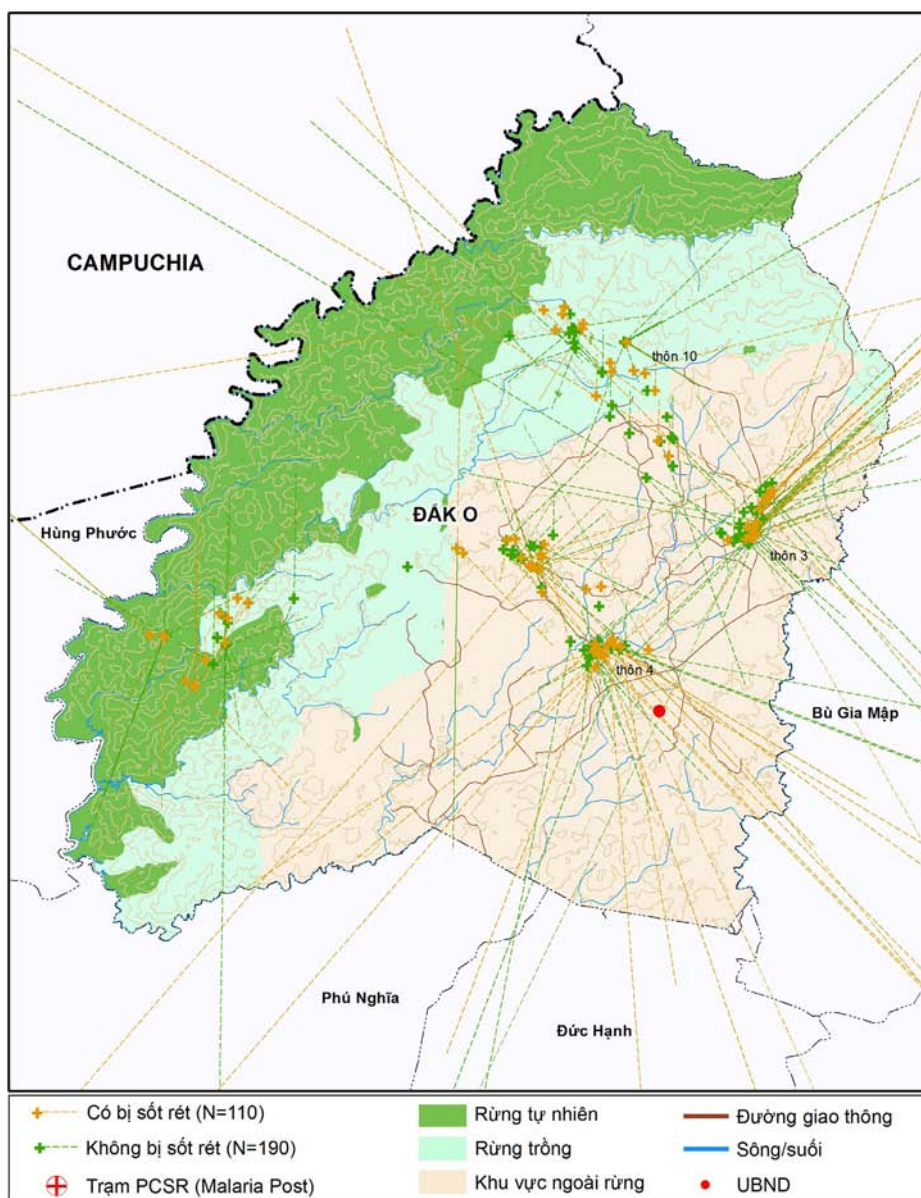
Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Dữ liệu bao gồm nhóm mẫu 50 bệnh nhân sốt rét từ danh sách của Trạm y tế xã. N=298.

Bản đồ 11 cho thấy không có sự liên hệ rõ ràng giữa việc di chuyển đến nơi làm việc và tỉ lệ mắc sốt rét: những người được hỏi bị sốt rét và không bị sốt rét đều di chuyển trong tỉnh và ra ngoài tỉnh, kể cả qua các khu vực có nguy cơ sốt rét cao như khu vực rừng. Cần lưu ý là quan sát này chỉ chính xác một phần bởi nó dựa trên giá định khuôn mẫu di biến động của người được hỏi, cụ thể ở đây là di chuyển đến nơi làm việc, không thay đổi trong vòng năm năm qua.⁷⁴

⁷⁴ Chúng ta đang so sánh việc di chuyển đến nơi làm việc hiện tại (hoặc nơi làm việc trước đây trong 12 tháng trước khảo sát, có nghĩa là giai đoạn từ tháng 8 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015) với việc mắc sốt rét trong giai đoạn 2010-2015.

Bản đồ 11: Di chuyển đến nơi làm việc hiện tại/trước đây trong nhóm mắc và không mắc sốt rét



Bản đồ do IOM thực hiện với sự hỗ trợ tài chính từ Quỹ Phát Triển của IOM (IDF)

Nguồn: Bản đồ IOM thực hiện dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét-KST-CT TP. HCM năm 2015.

Phân tích hồi quy đa biến khẳng định mối quan hệ giữa tuổi, giới tính và nguy cơ bị sốt rét. Theo bảng 19, cả tuổi và giới đều là các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ mắc sốt rét. Nam giới có nguy cơ mắc sốt rét cao hơn gần bốn lần so với nữ giới (nói cách khác, nguy cơ nữ mắc sốt rét ở nữ chỉ là 0,256 lần so với nam). Tương tự như vậy, người ở độ tuổi 40 và hơn 40 có nguy cơ mắc sốt rét cao hơn hai lần so với nhóm tuổi 15–29. Không có khác biệt đáng kể nào giữa những người tuổi 30–39 và những người tuổi 40 hoặc trên 40. Ngoài ra, phân tích này cho thấy trong khi nhóm di biến động và di cư có hiểu biết về bệnh sốt rét kém hơn và tiếp cận dịch vụ sốt rét hạn chế hơn (xem các phát hiện của khảo sát KAP tại phần 2.1.4 và 2.1.3.2 ở trên), khi các biến khác không đổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa nào về nguy cơ thực sự mắc sốt rét giữa bốn nhóm nghiên cứu. Nguy cơ mắc sốt rét ở nhóm di biến động chỉ là 0,232 lần so với nhóm dân tại chỗ (mặc dù điều này có thể do thời gian sống ngắn nên họ ít bị phơi nhiễm hơn). Trong khi đó, những biến khác được kỳ vọng có ảnh hưởng đến nguy cơ mắc sốt rét như giáo dục, tình trạng hôn nhân, dân tộc, thu nhập, vị trí nhà chính và nhà thứ hai, làm việc trong khu vực rừng, và thực hành mang theo màn chống muỗi khi đi rừng không phải là các yếu tố có khả năng dự đoán nguy cơ mắc sốt rét có ý nghĩa về mặt thống kê.

Cần lưu ý lần nữa rằng do quy mô nghiên cứu nhỏ, những kết quả này cần được xem xét một cách thận trọng. Ảnh hưởng của các biến có thể không thấy được với số lượng người được phỏng vấn quá ít. Mô hình hồi quy cho thấy có mối liên hệ giữa giới tính, tuổi, thời gian sống ở xã Đăk Ô và nguy cơ mắc sốt rét.

Bảng 19: Phân tích hồi quy đa biến: Tỷ lệ mắc sốt rét 2010–2015

Sốt rét trong giai đoạn 2010–2015	
Giới	
Nữ	0.256***
Nam	1
Tuổi	
15-29	0.434*
30-39	0.756
40+	1
Học vấn	
Cấp một	1.899
Cấp hai	2.016
Cấp ba+	1
Tình trạng hôn nhân	
Độc thân	1.049
Đã từng lập gia đình	1
Dân tộc	
Dân tộc Kinh	1.706
Dân tộc thiểu số	1
Thu nhập hàng tháng	
Dưới 3.000.000 đồng	1.338
3.000.000 đến 4.999.999	1.368
5.000.000 trở lên	1
Nơi ở	
Chỉ ở trong khu dân cư	0.997
Ở cả trong khu dân cư lẫn trong rẫy/rừng	1.219
Chỉ ở trong rẫy/rừng	1
Nơi làm việc	
Làm việc trong rừng toàn bộ hoặc một khoảng thời gian	1.511
Hoàn toàn không làm việc trong rừng	1
Mang theo màn tới nơi làm việc	
Không	1.07
Có	1
Tình trạng di cư	
Nhóm di biến động	0.232***
Nhóm di cư ngắn hạn	0.714
Nhóm di cư dài hạn	0.873
Nhóm dân tại chỗ	1

Nguồn: Tính toán của IOM dựa trên kết quả khảo sát trong nghiên cứu sâu của Viện Sốt rét–KST–CT TP. HCM năm 2015.

Ghi chú: Dữ liệu bao gồm nhóm mẫu 50 bệnh nhân sốt rét từ danh sách của Trạm y tế xã, và do đó mẫu có nguy cơ thiên lệch theo hướng tỷ lệ mắc sốt rét cao hơn trong nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ.

3. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

3.1. Kết luận

Kết quả của cả hai khảo sát đóng góp cho sự hiểu biết sâu sắc hơn về các dòng di cư khác nhau, các khuôn mẫu di cư, di biến động và mối quan hệ với phòng chống sốt rét tại tỉnh Bình Phước. Các số liệu cho thấy một số yếu tố cụ thể làm cho các nhóm dân di cư, di biến động khác nhau dễ bị tổn thương hơn với bệnh sốt rét so với người dân tại chỗ. Hai khảo sát cũng chỉ ra rằng việc xây dựng chương trình phòng chống sốt rét hướng đến người di cư là cần thiết nhằm bảo đảm các hoạt động kiểm soát sốt rét có hiệu quả với các nhóm này. Mặc dù các phát hiện cần được xem xét một cách thận trọng vì những lý do đã được thảo luận ở trên, bao gồm phương pháp lấy mẫu khảo sát và cỡ mẫu, hai khảo sát đã cung cấp một số phát hiện hữu ích và đáng để tìm hiểu sâu hơn tại những khu vực có điều kiện tương tự, ví dụ như ở các tỉnh Tây Nguyên của Việt Nam.

3.1.1. Các khuôn mẫu di cư, di biến động

Nghiên cứu sâu cũng cho thấy Bình Phước là tỉnh có các khuôn mẫu di biến động phức tạp, trong đó hiện tượng di biến động trên khoảng cách xa (ví dụ người di cư đến từ các tỉnh khác) chỉ là một phần của bức tranh toàn cảnh. Cả nhóm dân di cư, di biến động và dân tại chỗ đều có xu hướng dịch chuyển trong khoảng cách ngắn hơn, ví dụ trong phạm vi một xã. Quả thật, phần lớn người được hỏi có nơi sinh sống thứ hai gần với nơi họ làm việc và ngủ tại đó (mặc dù tỉ lệ này thấp hơn ở nhóm dân tại chỗ). Thông thường, nơi sinh sống thứ hai là ở trên rẫy hoặc trong rừng, do đó làm gia tăng tính dễ bị tổn thương với sốt rét, đặc biệt khi họ không mang theo màn chống muỗi. Thực tế này có liên quan đến điều kiện tự nhiên của tỉnh với nhiều địa bàn đồi núi, khiến giao thông đi lại khó khăn và tốn kém. Ngoài ra, hoạt động sinh kế chủ yếu của người dân là nông nghiệp hoặc liên quan đến rừng. Nhiều khả năng các khuôn mẫu di cư, di biến động này cũng xảy ra tại một số tỉnh khác trong khu vực Tây Nguyên của Việt Nam với điều kiện địa lý và các hoạt động sinh kế tương tự, khiến cho người dân sống ở những khu vực này cũng có nguy cơ mắc sốt rét gia tăng.

Ngoài dịch chuyển với khoảng cách ngắn nói trên, cả người di cư, di biến động và dân tại chỗ trong nghiên cứu sâu thường xuyên đi sang các nơi khác trong tỉnh và sang các tỉnh khác, thậm chí sang Campuchia để tìm việc theo mùa vụ. Do Campuchia và tỉnh Đắk Nông (một tỉnh giáp ranh với Bình Phước, được nhận định là nơi thu hút nhiều lao động thời vụ) có tỉ lệ sốt rét lưu hành cao, khả năng lây truyền bệnh sốt rét giữa các cộng đồng là rất cao. Điều này có thể dẫn tới bùng phát dịch bệnh tại địa phương – ví dụ khi một nhóm người trở về từ vùng dịch mang theo ký sinh trùng sốt rét rồi truyền cho những người khác qua muỗi – và gây khó khăn cho công tác theo dõi, lên kế hoạch và triển khai các chương trình phòng chống sốt rét, đặc biệt là khi thiếu số liệu phân tách.

3.1.2. Mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét

Theo kết quả phân tích hồi quy, nghiên cứu chưa cho thấy mối liên hệ *trực tiếp* giữa di cư, di biến động với mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét – nói cách khác dữ liệu của nghiên cứu không cho thấy, khi các biến khác không đổi, người di cư, di biến động dễ mắc sốt rét hơn người dân tại chỗ. Tuy nhiên, nghiên cứu xác định được một số yếu tố ảnh hưởng tới mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét, những yếu tố này thường xuất hiện nhiều hơn ở nhóm các dân di cư, di biến động so với dân tại chỗ (và thường cả người di cư dài hạn). Ví dụ, một rào cản lớn cho người di cư ngắn hạn và di biến động là khả năng tiếp cận với các dịch vụ xã hội và dịch vụ công – bao gồm dự phòng và điều trị sốt rét – còn thấp, bởi lý do nhiều người trong số họ không đăng ký cư trú tại xã nơi họ sinh sống. Điều này một mặt khiến họ dễ bị tổn thương với sốt rét hơn, mặt khác cũng làm cho việc tiếp cận họ trở nên khó khăn. Các phát hiện khác bao gồm:

- Tiếp cận với các thông tin và dịch vụ về sốt rét:
Khả năng người di cư ngắn hạn và di biến động đã từng nghe về bệnh sốt rét chỉ bằng một phần ba so với người dân tại chỗ. Họ cũng có xu hướng sống xa các trạm y tế và kém tiếp cận với màn tẩm hóa chất diệt muỗi hơn.

- **Hiểu biết:**
Nhóm người di cư ngắn hạn có hiểu biết về bệnh sốt rét thấp hơn nhiều so với các nhóm khác.
- **Thói quen chăm sóc sức khỏe:**
Khi nhiễm sốt rét nhóm người di cư ngắn hạn chờ lâu hơn nhóm di cư dài hạn trước khi bắt đầu đi điều trị.
- **Phơi nhiễm:**
Nhóm di cư ngắn hạn và di biến động sống trong những ngôi nhà đơn sơ và nhà tạm nhiều hơn nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ, và họ ngủ trên rẫy hoặc trong rừng nhiều hơn. Nhóm dân di biến động, di cư ngắn hạn và dài hạn có xu hướng sống gần rừng hơn, trong khi nhóm di cư dài hạn và dân tại chỗ sống gần suối hơn.

Các yếu tố khác ảnh hưởng tới khả năng dễ bị tổn thương với sốt rét

Nghiên cứu cũng nêu ra những yếu tố có tác động tới tính dễ bị tổn thương với sốt rét, độc lập với tình trạng di cư. Các phát hiện này cũng không phải hoàn toàn là mới, và liên quan đến những vấn đề rộng hơn như khả năng tiếp cận dịch vụ ở nữ giới, dân tộc thiểu số và những người có trình độ học vấn thấp, cũng như đến mối liên hệ qua lại giữa chính các yếu tố này (ví dụ như nữ giới và người dân tộc thiểu số thường có trình độ học vấn thấp hơn nam giới và/hoặc người Kinh).

- **Học vấn:**
Trình độ học vấn của một cá nhân là một chỉ số mang tính dự báo đáng kể về mức độ hiểu biết của họ về bệnh sốt rét và khả năng tự bảo vệ và điều trị bệnh. Người có học vấn thấp sẽ có hiểu biết về bệnh sốt rét và sử dụng màn, đặc biệt khi họ ngủ đêm trong rừng, kém hơn so với người có học vấn cao hơn. Người không biết chữ hoặc chỉ hoàn thành tiểu học có xu hướng bỏ ngang điều trị giữa chừng nhiều hơn so với người có học vấn cao hơn.
- **Dân tộc thiểu số:**
Khi có dấu hiệu của bệnh sốt rét, người dân tộc thiểu số có xu hướng chờ lâu hơn trước khi đi điều trị, và họ tuân thủ điều trị kém hơn người Kinh.
- **Giới tính:**
Nam giới phơi nhiễm với sốt rét cao hơn nữ giới vì họ đi rừng và các khu vực biên giới thường xuyên hơn, và do đó họ dễ bị sốt rét hơn. Tuy nhiên, nữ giới – đặc biệt là nhóm di cư ngắn hạn và di biến động – kém tuân thủ điều trị hơn. Phụ nữ dân tộc có hiểu biết về một số cách phòng bệnh sốt rét khác ngoài màn chống muỗi kém hơn nam giới người dân tộc.
- **Tình trạng hôn nhân:**
Người độc thân có hiểu biết về sốt rét kém hơn người đã lập gia đình.
- **Tuổi:**
Người có độ tuổi 30 và trên 30 có nhiều khả năng mắc sốt rét trong vòng năm năm trước khảo sát nhiều hơn là người trẻ.
- **Thu nhập:**
Người có thu nhập trong khoảng trung bình (từ 3.000.000 tới 5.000.000 đồng) thường đi rừng hoặc khu vực biên giới nhiều hơn và do đó có nguy cơ cao hơn các nhóm thu nhập khác.

Các bằng chứng định tính của nghiên cứu sâu chỉ ra một số nguy cơ đặc biệt ở một số nhóm dân, các nhóm này có nguy cơ phơi nhiễm sốt rét cao trong những lúc muỗi Anophen hoạt động nhiều nhất. Nhóm này bao gồm những người sống trong khu vực khan hiếm nước do đó phải tắm ở suối vào buổi tối hoặc ban đêm (đặc biệt là phụ nữ, họ không thể tắm ban ngày) và người làm sắn bắt đầu làm việc từ sáng sớm hoặc làm tới đêm. Với những người này, màn chống muỗi hoặc các biện pháp bảo vệ khác (như gài nhang muỗi lên mũ) không có tác dụng. Cần có thêm nghiên cứu nhằm xác định được những giải pháp khả thi để giải quyết các thách thức trong việc bảo vệ những nhóm dân này.

3.1.3. Xây dựng chương trình phòng chống sốt rét và tiếp cận cộng đồng

Kết quả nghiên cứu mang một số hàm ý về xây dựng chương trình sốt rét và tiếp cận cộng đồng, đặc biệt trong các lĩnh vực sau:

- Tiếp cận thông tin về sốt rét

Những người được hỏi đã tiếp cận với ba hoặc hơn ba nguồn thông tin khác nhau thì có hiểu biết về sốt rét tốt hơn những người tiếp cận ít nguồn hơn. Cán bộ y tế thôn bản là một trong những nguồn thông tin hiệu quả nhất, bên cạnh tivi, đài, thành viên gia đình và hàng xóm. Những người sống tại những nơi có cán bộ y tế thôn bản được nghe thông tin về sốt rét nhiều hơn gấp sáu lần so với những người còn lại. Tuy nhiên dường như cán bộ y tế thôn bản không tiếp cận được hết với các nhóm dân: họ dường như tiếp cận hiệu quả nhất với nhóm di cư dài hạn. Đây có thể là kết quả của sự hiện diện của cán bộ y tế tại thôn bản hoặc nhận thức của người dân về sự hiện diện đó: 71,5% người di cư dài hạn cho biết trong thôn của họ có cán bộ y tế thôn bản, trong khi tỉ lệ này ở ba nhóm còn lại chỉ trong khoảng 46% đến 56,7%. Tại những nơi người dân không biết sự có mặt của cán bộ y tế thôn bản, có nhiều cách để nâng cao nhận thức người dân – bao gồm cả dân di cư và dân tại chỗ – về nguồn lực quan trọng này, như là phổ biến địa chỉ liên lạc của cán bộ y tế thôn bản tại các trường học và thông qua các tổ chức xã hội. Cần xem Hội phụ nữ là đối tác đặc biệt quan trọng, vì tỉ lệ nữ giới trong nhóm di biến động đã từng nghe về bệnh sốt rét từ cán bộ y tế rất thấp.

Thêm vào đó, tác động của các can thiệp nâng cao nhận thức có thể được tăng cường thông qua các phương pháp khác. Một số người trả lời nói rằng các hoạt động này thường được tổ chức vào tháng 10 hoặc tháng 4 khi người di cư theo thời vụ đến với số lượng lớn. Tuy nhiên, đây cũng là khoảng thời gian bận rộn nhất cho người lao động, đặc biệt là lao động thời vụ, họ thường tập trung vào làm việc và kiếm tiền và thường không chú ý tới các can thiệp y tế công cộng. Do đó, để việc này có hiệu quả, nỗ lực nâng cao nhận thức về bệnh sốt rét cần sáng tạo hơn: ví dụ, thông tin và tờ rơi có thể được phổ biến ở các bến xe đò, điểm đến đầu tiên của người di cư, nơi có thể dễ dàng xác định và tiếp cận họ, và lúc đó họ cũng chưa bị vướng bận công việc.

- Tiếp cận và sử dụng màn chống muỗi

Màn chống muỗi rõ ràng là biện pháp dự phòng cơ bản tại tỉnh Bình Phước do chi phí thấp. Hầu hết người được hỏi đều trả lời có ít nhất một màn chống muỗi tại nhà và phần lớn sử dụng màn chống muỗi. Một tỉ lệ đáng kể người được hỏi – bao gồm gần một nửa người di cư dài hạn và dân tại chỗ – đã nhận được màn tẩm hóa chất diệt muỗi miễn phí do CTQG PCSR cấp. Tuy nhiên, sự hạn chế trong việc tiếp cận màn tẩm hóa chất diệt muỗi của nhóm di cư ngắn hạn và di biến động là vấn đề đáng được lưu ý. Sự hạn chế trong tiếp cận màn tẩm hóa chất diệt muỗi phát miễn phí có thể do địa phương thiếu số liệu về hai nhóm di cư trên, vì một nửa trong số họ chưa đăng ký cư trú (theo số liệu khảo sát trong nghiên cứu sâu). Điều này tạo ra những khó khăn cho ngành y tế địa phương trong việc lập kế hoạch và đưa màn tẩm hóa chất diệt muỗi đến những nhóm dân di cư nói trên. Cần có những sáng kiến, phương pháp mới – bao gồm cải thiện sự hợp tác giữa các ban ngành, các bên liên quan – để giải quyết thách thức này. Chất lượng và việc sử dụng màn hiệu quả cũng cần được quan tâm – cụ thể một người khi được hỏi trong phỏng vấn sâu nói rằng họ sử dụng màn tẩm hóa chất diệt muỗi được phát làm lưới đánh cá. Những vấn đề này có thể được giải quyết bằng cách tham vấn và thông tin tốt hơn với cộng đồng.

Cũng cần lưu ý rằng mặc dù có nhiều người nói rằng họ nhận được màn chống muỗi từ CTQG PCSR, nhưng ít người biết rằng màn đó là màn tẩm hóa chất diệt muỗi. Điều này cho thấy sự cần thiết phải nỗ lực hơn nữa của CTQG PCSR trong quá trình phân phối màn, nhằm bảo đảm rằng những người nhận hiểu được sự khác biệt giữa màn tẩm hóa chất diệt muỗi với màn mua ngoài thị trường, và tầm quan trọng của việc sử dụng loại màn này. Cần lưu ý phụ nữ có vẻ như quan tâm hơn đến màn tẩm hóa chất diệt muỗi, họ có thể phát huy vai trò trong việc truyền đạt thông điệp tới gia đình và cộng đồng.

Ở những nơi mà việc sử dụng màn tẩm hóa chất diệt muỗi và các loại màn khác không thuận tiện – ví dụ trong trường hợp người dân ngủ lại tại nơi làm việc, đặc biệt là trong rừng – việc sử dụng võng có màn là giải pháp thay thế tốt. Tuy giải pháp này thuận tiện và có thể bảo vệ người dân khỏi bị muỗi đốt với hiệu quả cao hơn, chi phí mua võng có màn khá cao và do đó không phải ai cũng có thể mua được. Một số người có thể sử dụng võng và đắp chăn trùm lên người để chống muỗi nhưng rõ ràng hiệu quả sẽ không tốt bằng. Khi lên kế hoạch cho chương trình sốt rét trong tương lai tại Bình Phước hoặc các địa bàn có điều kiện tương tự, có thể cân nhắc phát hoặc trợ giá mua võng có màn, vì nó có thể phù hợp hơn với nhu cầu của một bộ

phận người dân. Đồng thời, cần có các nghiên cứu sâu hơn và các chương trình giúp xác định và giải quyết những rào cản khác trong việc sử dụng màn chống muỗi (như việc một số người dân cho biết màn tẩm hóa chất diệt muỗi có kích thước không đủ lớn).

- Phối hợp trong phòng chống và điều trị sốt rét

Dữ liệu nghiên cứu cho thấy rằng các dịch vụ sốt rét ở cấp thôn bản và ở khu vực biên giới nhìn chung tốt, cán bộ y tế thôn bản, trạm y tế xã và y tế cấp huyện phối hợp tương đối tốt. Điều này cũng không hẳn đáng ngạc nhiên, bởi sốt rét vốn là vấn đề được ưu tiên của hệ thống y tế địa phương, với mức độ quan tâm lớn từ phía chính quyền. Thêm vào đó, hệ thống y tế công cộng phần nào đã có sự phối hợp khá tốt với khu vực tư nhân (các hiệu thuốc và chủ sử dụng lao động) và cộng đồng địa phương nhằm đẩy mạnh phòng chống sốt rét. Tuy nhiên, các nỗ lực mới chỉ tập trung trong ngành y tế và thiếu sự liên kết với bên ngoài, sự phối hợp liên ngành chưa đủ mạnh. Một số chương trình phòng chống sốt chưa được triển khai một cách nhất quán ở cấp độ cộng đồng (ví dụ việc phun thuốc tồn lưu phòng chống muỗi chưa được thực hiện với một mức độ và hiệu quả ổn định). Cần huy động sự tham gia của các chủ sử dụng lao động nhiều hơn để bảo vệ cho công nhân tốt hơn nữa (đặc biệt công nhân làm việc vào những khung giờ có nguy cơ cao). Cần nỗ lực hơn nữa nhằm kết nối việc phòng chống sốt rét với các sáng kiến trong ngành y tế và các mục tiêu phát triển kinh tế xã hội, bao gồm các sáng kiến hướng tới việc trao quyền cho người dân tại chỗ, dân di cư, di biến động và khuyến khích họ tham gia vào các hoạt động y tế công cộng.

Sự tham gia của các tổ chức đoàn thể xã hội (như Hội phụ nữ và Đoàn thanh niên), trường thôn, trường học, hiệu thuốc trong việc nâng cao nhận thức về sốt rét cũng còn hạn chế, cán bộ chủ chốt tại những cơ quan trên vẫn còn hiểu sai một số nội dung quan trọng liên quan đến phòng chống và kiểm soát sốt rét. Nhà trường có thể đóng một vai trò quan trọng hơn trong việc phổ biến thông tin về sốt rét, học sinh có thể truyền đạt thông tin tới phụ huynh, và giáo viên có thể sử dụng các buổi họp phụ huynh để nâng cao hiểu biết. Các hoạt động này có thể mang lại hiệu quả nhanh chóng, do đó khi lập kế hoạch chương trình phòng chống sốt rét, cần xem xét lồng ghép trong chương trình học và khuyến khích các trường phổ thông cùng tham gia nâng cao nhận thức về sốt rét cho học sinh ở các khu vực có sốt rét.

Thiếu sự phối hợp cũng hạn chế việc tiếp cận dịch vụ – ví dụ như phân phối màn tẩm hóa chất diệt muỗi – do nhiều người nhập cư không đăng ký cư trú. Cải thiện sự phối hợp giữa ngành y tế và các ngành khác (như Công an hoặc Sở Lao động Thương binh Xã hội) cũng như với các bên liên quan khác (như nông dân/chủ rẫy) là cần thiết để đẩy mạnh các dịch vụ phòng và điều trị sốt rét.

Cuối cùng, mặc dù một số lượng đáng kể người di cư, di biến động vẫn thường xuyên trở về nơi xuất cư nhưng sự phối hợp liên tỉnh có vẻ như chưa hiệu quả. Dữ liệu định tính của nghiên cứu cho thấy bệnh nhân là người di cư mắc sốt rét thường trở về quê để nghỉ ngơi và được gia đình chăm sóc. Tuy nhiên, họ rất khó tiếp cận các dịch vụ chăm sóc và điều trị sốt rét ở quê. Sự phối hợp liên tỉnh, bao gồm phối hợp giữa các trung tâm y tế cần được cải thiện – đặc biệt là ở các tỉnh có nhiều người di cư đến Bình Phước⁷⁵ – nhằm bảo đảm điều trị có hiệu quả và thực hiện các biện pháp tiếp cận chủ động để tránh lây bệnh sang những vùng không có dịch và tránh sự lây lan của sốt rét kháng artemisinin.

3.2. Khuyến nghị

3.2.1. Khuyến nghị về chính sách

- Thiết kế và tiến hành các chương trình truyền thông thay đổi hành vi, hướng đến các nhóm dân di cư và dân tại chỗ tại tỉnh Bình Phước, chú ý đến tính dễ bị tổn thương và đặc điểm của mỗi nhóm đã nêu trong nghiên cứu. Có thể sử dụng kết quả khảo sát KAP làm dữ liệu ban đầu (baseline). Tăng cường truyền thông qua các nguồn thông tin đã được chứng minh là có hiệu quả – cán bộ y tế thôn bản, truyền hình, phát thanh – và các kênh tiềm năng (bao gồm trường học, các tổ chức đoàn thể và nhà thuốc).

⁷⁵ Các tỉnh miền Bắc gồm Lạng Sơn, Bắc Kạn, Tuyên Quang, Nam Định; miền Trung có Thanh Hóa, Nghệ An; khu vực Tây nguyên có Đắk Lắk, Lâm Đồng; khu vực Đông nam bộ có Đồng Nai, Bình Dương, Tây Ninh, Bà Rịa Vũng Tàu, Thành phố Hồ Chí Minh; khu vực Đồng bằng sông Cửu Long có Đồng Tháp, Sóc Trăng, Cà Mau.

- Chú ý nâng cao nhận thức về sự hiện diện và vai trò của cán bộ y tế thôn bản trong quá trình truyền thông.
- Điều chỉnh một số dịch vụ dự phòng sốt rét cho phù hợp hơn, trên cơ sở các phát hiện của nghiên cứu: cung cấp các cỡ màn tẩm hóa chất diệt muỗi khác nhau (màn cá nhân và màn gia đình) và cải thiện chất lượng màn tẩm hóa chất diệt muỗi; phân phối hoặc trợ giá võng có màn. Thu thập một cách có hệ thống phản hồi và kiến nghị từ người thụ hưởng hoặc những người khác trong cộng đồng nhằm đảm bảo các dịch vụ dự phòng sốt rét (bao gồm cả phun thuốc chống muỗi) phù hợp nhất với nhu cầu địa phương.
- Cải thiện các qui trình và biểu mẫu báo cáo giám sát để thu thập dữ liệu phân tách từ cấp trạm y tế xã, bao gồm cả tình trạng di cư; đăng ký cư trú; địa chỉ thường trú và tạm trú; các xu hướng di biến động (tần suất ở lại rừng trong năm); nơi mắc sốt rét, dự định di chuyển trong quá trình điều trị nếu có. Các thông tin này sẽ giúp cải thiện việc tuân thủ điều trị và giúp xây dựng các chiến dịch truyền thông thay đổi hành vi sát với mục tiêu hơn. Do định nghĩa về di dân vẫn còn là một thách thức nên có thể tiến hành thí điểm áp dụng thử phương pháp phân loại người di cư, di biến động được đề xuất trong nghiên cứu sâu trên phạm vi nhỏ để xem mức độ phù hợp.
- Xây dựng chiến lược kiểm soát sốt rét dài hạn hướng đến người di cư, di biến động ở cấp quốc gia và cấp tỉnh cũng như cấp xã. Chiến lược này cần tính đến và giải quyết các yếu tố đặc thù khiến cho các nhóm dân di cư, di biến động dễ bị tổn thương với sốt rét hơn. Chiến lược cũng cần nâng cao sự phối hợp giữa các tỉnh nơi đi và nơi đến, giữa ngành y tế và các ngành khác (bao gồm công an, lao động, các tổ chức đoàn thể, trường học và khối tư nhân), và tìm ra các phương pháp, sáng kiến mới nhằm vượt qua các thách thức hiện tại, đặc biệt là trở ngại trong tiếp cận các dịch vụ sốt rét do không đăng ký cư trú. Việc xây dựng chiến lược cần dựa trên bằng chứng khoa học, nên xem xét đến các bằng chứng mà nghiên cứu này cung cấp cũng như bằng chứng từ các nghiên cứu trong tương lai.

3.2.2. Khuyến nghị về nghiên cứu

- Áp dụng và cải tiến phương pháp luận nghiên cứu đã được thử nghiệm trong nghiên cứu này, đặc biệt là phương pháp phân loại dân di cư, di biến động tại các tỉnh khác có điều kiện tương đồng.
- Tiến hành nghiên cứu sâu hơn về mối liên hệ giữa: i) sốt rét và tình trạng di cư (các nhóm dân di cư, di biến động so với dân tại chỗ) và ii) mức độ dễ bị tổn thương với sốt rét và nghề nghiệp. Trong bối cảnh nghiên cứu tại tỉnh Bình Phước, câu hỏi đầu tiên (i) chưa được làm rõ do thiếu thông tin thời gian cụ thể của các trường hợp mắc sốt rét trong khảo sát KAP, trong khi nghiên cứu sâu mẫu quá nhỏ, câu hỏi thứ hai (ii) phân loại nghề nghiệp trong bối cảnh công việc thời vụ và đa nghề nghiệp là thách thức mà nghiên cứu chưa giải quyết được.
- Tiến hành nghiên cứu về tính dễ bị tổn thương của một số nhóm đặc thù có nguy cơ phơi nhiễm cao, do đối với các nhóm này, các phương pháp bảo vệ truyền thống không phù hợp (người làm sắn và những người hay tắm suối, đặc biệt là phụ nữ), để tìm ra phương cách bảo vệ tốt hơn.

4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Báo Thanh Niên

- 2014 *Lao động Việt Nam tại Angola liên tục bị cướp tấn công*. Báo đăng ngày 25/9/2014.
Tham khảo tại <http://thanhnien.vn/doi-song/lao-dong-viet-nam-tai-angola-lien-tuc-bi-cuop-tan-cong-456292.html>. Truy cập ngày 5/5/2016.

Bhumiratan và cộng sự

- 2013 *Sốt rét biên giới với kháng đa thuốc dọc biên giới Thái Lan – Myanmar và Thái Lan – Campuchia: Mô hình lưu truyền sốt rét, Mức độ dễ bị tổn thương và Giám sát*. Tạp chí *Nghiên cứu Quốc tế BioMed*. Tập 2013.

Bùi Quang Phúc (PGS.TS.), Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Trung ương

- 2015 *Báo cáo tham luận tại “Hội thảo hai khu vực Đông Nam Á và Đông Thái Bình Dương về mạng lưới giám sát kháng thuốc sốt rét”*. Tháng 11/2015.

Chính phủ Việt Nam, Bộ lao động, thương binh và xã hội

- 2014 *Phương hướng hoạt động xuất khẩu lao động năm 2014*.
Tham khảo tại www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=20416. Truy cập ngày 27/4/2016.

Chính phủ Việt Nam, Bộ Y tế

- 2015a *Báo cáo tình hình sốt rét 2015*. Chương trình Quốc gia Phòng chống Sốt rét (CTQG PCSR).
2015b *Báo cáo tình hình sốt rét 2015*. Trung tâm PCSR - KST – CT tỉnh Bình Phước. Sở Y tế Bình Phước.
2016 *Báo cáo kết quả các hoạt động dự phòng và kiểm soát sốt rét, sốt xuất huyết, giun sán và ký sinh trùng năm 2015 - khu vực phía nam và tỉnh Lâm Đồng*. Viện Sốt rét – Ký sinh trùng – Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh.

Chính phủ Việt Nam, tỉnh Bình Phước

- 2013 *Bản đồ hành chính tỉnh Bình Phước*. Trang web chính thức của tỉnh Bình Phước.
Tham khảo tại www.binhphuoc.gov.vn/3cms/ban-do-hanh-chinh-tinh.htm. Truy cập ngày 15/2/2016.
2016 *Tổng quan tỉnh Bình Phước*. Trang web của tỉnh Bình Phước.
Tham khảo tại www.binhphuoc.gov.vn/3cms/tong-quan-binh-phuoc.htm. Truy cập ngày 15/2/2016.

Chính phủ Việt Nam, Tổng cục thống kê (GSO)

- 2016a *Dữ liệu “Dân số nông thôn trung bình phân theo địa phương” và “Điện tích, dân số và mật độ dân số năm 2011 phân theo địa phương”*. Tham khảo tại www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=387&idmid=3&ItemID=12868. Truy cập ngày 15/2/2016.
2016b *Dữ liệu trực tuyến: Dân số và việc làm*.
Tham khảo tại www.gso.gov.vn/SLTKE/pxweb/en/02.%20Population%20and%20Employment/02.%20Population%20and%20Employment/E02.22-24.px/?rxid=5a7f4db4-634a-4023-a3dd-c018a7cf951d. Truy cập ngày 15/2/2016.

Công ty cổ phần chứng khoán Sài Gòn - Hà nội

- 2014 *Lào - Thị trường xuất khẩu lao động tiềm năng*. Tháng 5/2014.
Tham khảo tại www.shs.com.vn/News/201495/867723/lao-thi-truong-xuat-khau-lao-dong-tiem-nang.aspx. Truy cập ngày 27/4/2016.

Lê Hữu Hòa và cộng sự

- 2016 *Đặc điểm dịch tễ bệnh sốt rét tại xã Đăk Nhau, huyện Bù Đăng, tỉnh Bình Phước, năm 2013 và 6 tháng đầu năm 2014*. Tạp chí *Phòng chống bệnh Sốt rét và các bệnh Ký sinh trùng*. 4(93).

Liên Hợp Quốc (UN)

- 2010 *Di cư trong nước - Cơ hội và thách thức đối với sự phát triển*. Hà Nội, 2010.
Tham khảo tại www.un.org.vn/vi/publications/doc_details/173-di-cu-trong-nuc-co-hi-va-thach-thc-di-vi-s-phat-trin.html. Truy cập ngày 20/6/2016.

Ngân hàng phát triển châu Á (ADB)

- 2013 *Tạo điều kiện cho di cư lao động an toàn tại khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng: Vấn đề, thách thức và các biện pháp can thiệp trong tương lai*. Tham khảo tại www.adb.org/sites/default/files/publication/30210/facilitating-safe-labor-migration-gms.pdf. Truy cập ngày 2/5/2016.

Sở Y tế Bình Phước, Trung tâm Y tế huyện Bù Gia Mập

- 2013 Báo cáo tham luận tại hội thảo “*Trao đổi thông tin về phòng chống bệnh truyền nhiễm. Thực trạng công tác phòng chống sốt rét cho nhóm dân di biến động tại huyện Bù Gia Mập tỉnh Bình Phước*”.

Tổ chức Di cư quốc tế (IOM)

- 2015 *Dự phòng sốt rét và chuỗi chăm sóc liên tục cho người di cư*. IOM.
Tham khảo tại https://health.iom.int/sites/default/files/pdf/EN_IOM_RBMMalariaandMigrationFactSheet_final_July_2015.pdf. Truy cập ngày 29/1/2016.

Tổ chức lao động quốc tế (ILO)

- 2015 *Tình hình di cư ở ASEAN qua các con số: Cơ sở dữ liệu thống kê lao động quốc tế (ILMS) ở ASEAN*. ILO. Tham khảo tại www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-bangkok/documents/publication/wcms_420203.pdf. Truy cập ngày 5/5/2016.

Tổ chức y tế thế giới (WHO)

- 2010 *Sốt rét tại khu vực Tiểu vùng Sông Mekong Mở rộng: Hồ sơ từng quốc gia và toàn khu vực*. WHO.
2014 *Sốt rét [tại Việt Nam]: Thông tin tóm tắt*. WHO.
Tham khảo tại www.wpro.who.int/vietnam/topics/malaria/factsheet/en/. Truy cập ngày 18/2/2016.
2015a *Sốt rét: Trang thông tin số 94*. WHO.
Tham khảo tại www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/. Truy cập ngày 29/1/2016.
2015b *Sốt rét trong nhóm trẻ nhỏ dưới năm tuổi*.
Tham khảo tại www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/children/en/. Truy cập ngày 22/3/2016.
2015c *Dân di cư, di biến động và hệ thống thông tin về sốt rét*. WHO
2015d *Báo cáo tình hình sốt rét toàn cầu 2015*. WHO.
Tham khảo tại www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2015/en/. Truy cập ngày 5/5/2016.

Ủy ban các vấn đề kinh tế - xã hội của Liên Hiệp Quốc (UN DESA)

- 2015 *Xu hướng trong các thống kê người di cư quốc tế: Người di cư tại quốc gia đến và quốc gia đi*. Dữ liệu 2013 và 2015. Tham khảo tại www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/index.shtml. Truy cập ngày 5/5/2016.

Tổ chức Di cư Quốc tế (IOM)

17 route des Morillons, P.O. Box 17, 1211 Geneva 19, Switzerland
Tel: +41 22 717 9111 • Fax: +41 22 798 6150 • E-mail: hq@iom.int • Website: www.iom.int

Phái đoàn tại Việt Nam

Văn phòng chính: 304 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam
Tel: +84.4 3850 0100 • Fax: +84.4 3726 5519 • E-mail: hanoi@iom.int • Trang web: www.iom.int.vn